

Índice Geral

Índice de Quadros	2
Introdução	3
Experiências Dissociativas	3
Experiências Traumáticas	8
Perturbações do Comportamento Alimentar	10
Objectivos.....	14
Materiais e Métodos	15
Desenho da Investigação	15
Participantes.....	15
Procedimentos	15
Instrumentos	17
Entrevista.....	17
Folha de Triagem	17
Questionários	17
Análise Estatística	20
Resultados	22
Descritivas	22
Correlações entre as medidas de dissociação, trauma e psicopatologia	25
Variáveis predictoras da dissociação psicoforme patológica	30
Variáveis predictoras da dissociação somatoforme patológica	31
Discussão	34
Experiências dissociativas e traumáticas	34
Correlatos das experiências dissociativas e traumáticas	36
Predictores da Dissociação	37
Conclusões.....	38
Referências Bibliográficas	41
Apêndices	48
Anexos	65

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	13
<i>CrITÉRIOS DiagnÓsticos para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa Segundo o The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e o The Internacional Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10).</i>	
Quadro 2	16
<i>Caracterização de uma Amostra de Doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar (N = 38).</i>	
Quadro 3	23
<i>Diferenças das Pontuações Médias da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa na Dissociative Experiences Scale (DES), no Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20), na Traumatic Experiences Checklist (TEC), no Beck Depression Inventory (BDI) e no Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 32 com a DES e N = 38 para os restantes).</i> 23	
Quadro 4	24
<i>Análise da Influência da Variável Escolaridade na Relação entre os Grupos e a Dissociação (N = 38).</i>	
Quadro 5	26
<i>Correlações entre as Experiências Traumáticas (subescalas da TEC), Experiências Dissociativas Psicoformes (DES) Somatoformes (SDQ-20) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).</i>	
Quadro 6	27
<i>Correlações entre a Dissociação (DES e SDQ-20) e a Sintomatologia Psicopatológica (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).</i>	
Quadro 7	28
<i>Correlações entre as Experiências Dissociativas Somatoformes (SDQ-20) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).</i>	
Quadro 8	29
<i>Correlações entre as Experiências Traumáticas (subescalas da TEC), Experiências Dissociativas (DES), Eliminando a Influência dos Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).</i> ...	
Quadro 9	29
<i>Correlações entre as Experiências Dissociativas Psicoformes (DES) e Somatoformes (SDQ-20), Eliminando a Influência dos Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).</i>	
Quadro 10	30
<i>Análise da Influência de cada Variável Traumática e Psicopatológica na Dissociação Psicoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 38).</i>	
Quadro 11	31
<i>Análise da Influência de cada Variável Sociodemográfica e Psicopatológica na Dissociação Psicoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 32).</i>	
Quadro 12	32
<i>Análise Univariada da Influência de cada Variável Traumática e Psicopatológica na Dissociação Somatoforme (N=38).</i>	
Quadro 13	33
<i>Análise da Influência de cada Variável Sociodemográfica e Psicopatológica na Dissociação Somatoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 38).</i>	

INTRODUÇÃO

Experiências Dissociativas

Muitos dos fundadores da psicopatologia moderna e psicoterapia, Jean-Martin Charcot, Alfred Binet e Pierre Janet, entre outros em França; Josef Breuer e Sigmund Freud na Áustria e Morton Prince e William James, entre outros, nos Estados Unidos, trataram e estudaram alguns pacientes que apresentaram manifestações históricas surpreendentes (Cardeña & Nijenhuis, 2000).

Charcot exerceu uma influência valiosa sobre vários médicos e foi uma referência marcante para a comunidade médica francesa e internacional. A história das perturbações dissociativas junta-se à história da histeria e do hipnotismo. Depois das duas últimas décadas do século XIX, tornou-se raro encontrar descrições sobre este tipo de patologias. Descobriram-se assim, as primeiras descrições de casos de desdobramento da personalidade e de sonambulismo hipnótico em Charcot (1888, 1890). Mas, mesmo depois dos relatos e durante cerca de sessenta anos, os distúrbios dissociativos escassearam (Espírito Santo, 2008).

No final do século XIX, o ilustre psiquiatra e filósofo francês, Pierre Janet estudou sistematicamente a relação entre experiências traumáticas e dissociação na etiologia de uma vasta gama de problemas psiquiátricos, incluindo das *perturbações do comportamento alimentar* (Janet, 1901, 1920). Este autor descreveu a dissociação como um mecanismo psicológico crucial com os quais o organismo reage. As memórias e as *idées fixes* (ideias fixas), relativas a experiências traumáticas, podiam ser separadas da consciência e resultar numa ampla variedade de sintomas dissociativos (Janet, 1907). Deste modo, Pierre Janet descreveu a dissociação como uma espécie de técnica de fuga mental. Em sua opinião, a amnésia para a experiência traumática foi a característica mais específica na dissociação patológica (Janet, 1901, 1920).

O vocábulo *dissociação* inicia-se na expressão Grega “dys” (dificuldade) e “sociare” (unir ou ligar) (Machado, 1990). Assim, o termo *dissociação* significa separar ou desligar elementos que estavam unidos e é o oposto de *associação*” (Espírito Santo, 2008, p. xxvi).

As definições de dissociação têm variado, mas concordam essencialmente com o conceito de falta de integração da consciência (Nilsson & Svedin, 2006). No DSM-IV é afirmado que “a característica essencial das Perturbações Dissociativas é a disfunção das funções

normalmente integradas da consciência, memória, a identidade ou percepção. A perturbação pode ser súbita ou gradual, transitória ou crónica” (American Psychiatric Association, 2002, p. 489).

A dissociação tem sido descrita como um fracasso em integrar e processar informações de que normalmente seriam percebidas e concebidas de forma integrada (Spiegel & Cardeña, 1991). A dissociação é uma forma única de consciência. Eventos que normalmente seriam conectados são separados uns dos outros. Assim, a dissociação permite separar o medo, dor e impotência geradas pelo trauma. Os sintomas dissociativos que ocorrem espontaneamente durante experiências traumáticas incluem a paralisia, desrealização, despersonalização, entorpecimento e amnésia para o evento (Classen, Koopman, & Spiegel, 1993). Recentemente, a dissociação tem sido conceptualizada e medida, em grande parte, como um padrão de evitamento cognitivo e emocional manifestado em experiências como a absorção, amnésia, despersonalização e desrealização (Waller et al., 2000).

Para vários autores existem dois tipos de dissociação: a *dissociação psicoforme* e a *dissociação somatoforme*. O termo *dissociação somatoforme* foi introduzido por Nijenhuis e colaboradores (1996), para classificar os “sintomas dissociativos que envolvem o corpo e não podem ser explicados por patologia orgânica” (Nijenhuis, 2000, p. 9). O reconhecimento deste tipo de dissociação tem vindo a crescer nos últimos tempos (Cardeña & Nijenhuis, 2000; van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004; van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2005; van der Hart, van Dijke, & van Son, 2000). Presentemente, a dissociação somatoforme é percebida como a falha na integração sensorial e motora e considera-se que está associada a trauma psicológico, particularmente a situação de ameaça de vida por parte de outras pessoas (Näring & Nijenhuis, 2005; Nijenhuis, 2000; van der Hart et al., 2000; Waller et al., 2000).

Embora a dissociação psicoforme esteja relacionada com um amplo leque de experiências traumáticas (incluindo o abuso emocional e negligência), a dissociação somatoforme está especificamente associada aos traumas físicos, tais como o abuso (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1998; Waller et al., 2000). A dissociação somatoforme inclui o experienciar de funções fisiológicas, como a anestesia, analgesia e comportamentos de *congelamento* (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1998; Waller et al., 2000).

Existem vários instrumentos que medem a dissociação psicoforme. Essas avaliações incluem a *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993); o *Dissociative Questionnaire* (DIS-Q; Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1991); a *Perceptual Alteration Scale* (PAS; Sanders, 1986); o *Questionnaire on Experiences of Dissociation* (QED; Riley, 1988) e o *Multiscale Dissociation Inventory* (MDI; Briere, Weathers, & Runtz, 2005). Recentemente, Dell (2006) desenvolveu um questionário de auto-registo que avalia a dissociação patológica e diagnostica as perturbações dissociativas, o *Multidimensional Inventory of Dissociation* (MID). A medida de auto-registo mais utilizada (Kihlstrom, Glisky, & Angiulo, 1994; Waller & Ross, 1997) é a *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993; Espírito Santo & Pio Abreu, 2008b). Segundo alguns estudos, as doentes com perturbações do comportamento alimentar pontuam alto na DES (Groth-Marmat & Michel, 2000; Lightstone, 2004).

É demonstrado, em alguns estudos, que ambos os sexos são mais vulneráveis à dissociação psicoforme quando têm sintomas de ideação paranóide, psicoticismo e depressão (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2007; Merckelbach & Giesbrecht, 2006; Rufer, Fricke, Held, Cremer, & Hand, 2006). Num estudo português, as mulheres com dissociação psicoforme patológica tiveram mais sintomas de psicoticismo e de ideação paranóide (Espírito Santo & Pio Abreu, 2008a), segundo o BSI; algumas investigações demonstraram que os mais jovens têm com mais frequência, dissociação patológica (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2007; Näring & Nijenhuis, 2005; Seedat, Stein, & Forde, 2003; Spitzer et al., 2006).

A dissociação somatoforme pode ser medida pelo *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20). O questionário foi desenvolvido para medir as características fisiológicas (p. ex., analgesia e dor) (Espírito-Santo, Pio-Abreu, 2007; Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1998; Waller et al., 2000), e é composto por itens como “É como se o meu corpo, ou parte dele, desaparecesse”, “Fico paralisado(a) durante um bocado”. A dissociação somatoforme é altamente característica dos pacientes com perturbações dissociativas e um elemento essencial em muitos pacientes com perturbações somatoformes e num subgrupo de doentes com patologia alimentar (Cardeña & Nijenhuis, 2000).

Os sintomas de somatização associam-se à dissociação somatoforme patológica em mulheres, tal como foi demonstrado por dois estudos (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2007;

Nijenhuis, 1999;). A idade não se correlaciona com a dissociação somatoforme na maioria das investigações (Näring & Nijenhuis, 2005; Espírio-Santo & Pio-Abreu, 2007). Ainda outros estudos demonstraram que quanto mais alta a escolaridade, mais baixa a dissociação (Dunn, Paolo, Ryan, & Van Fleet, 1993; Espírio-Santo & Pio-Abreu, 2007).

A dissociação pode ser considerada como uma resposta protectora natural às experiências traumáticas e torna-se uma resposta automática ao stress que pode prejudicar o funcionamento e aumentar a susceptibilidade à psicopatologia grave (Nilsson & Svedin, 2006). Como Nilsson (2007) verificou, um grupo de adolescentes com história de abuso sexual tiveram pontuações significativamente maiores na A-DES.

Não é possível concluir se a dissociação nos distúrbios alimentares é mais bem entendida por variáveis psicológicas ou fisiológicas, ou se de ambas. Até à data, a bibliografia que existe sobre a dissociação nestas perturbações tem-se concentrado sobre a forma psicoforme, e não há evidências sobre o papel da dissociação somatoforme em todas as patologias alimentares (Nilsson, 2007; Nilsson & Svedin, 2006).

Vários investigadores têm descrito ou estudaram os sintomas dissociativos entre os pacientes com perturbações do comportamento alimentar (Gleaves & Eberenz, 1995; Valdiserri & Kihlstrom, 1995; e cf. revisão van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Mas, é importante ter em atenção que esta sintomatologia dissociativa encontra-se positivamente correlacionada com a depressão, ansiedade, automutilação e suicídio (Gleaves & Eberenz, 1995; Valdiserri & Kihlstrom, 1995). Os autores observaram, assim, que tal associação pode confundir a relação sugerida anteriormente entre dissociação e bulimia. Ou seja, não está claro se os níveis elevados de sintomas dissociativos estão ligados à perturbação alimentar por si, ou se esses níveis elevados são um artefacto de uma associação entre dissociação e a depressão. Deste modo, não é claro se os sintomas dissociativos relatados pelas pacientes com perturbações do comportamento alimentar são, de alguma forma directamente relacionadas com a sintomatologia específica desta patologia, ou se elevados níveis de sintomas dissociativos são devidos à sua associação com a depressão, ansiedade ou perturbação da personalidade (Greenes, Fava, Cioffi, & Herzog, 1993).

Os autores concluíram, assim, que os comportamentos bulímicos pareciam não se correlacionar com os sintomas dissociativos. Mas estes dados têm que ser interpretados com cautela, visto que os pacientes com perturbações do comportamento alimentar podem ter sintomas dissociativos na altura das farras alimentares, dos comportamentos purgativos

ou outros comportamentos típicos destas perturbações (Greenes et al., 1993). Adicionalmente, os sintomas dissociativos foram fortemente correlacionados com a sintomatologia esquizotípica (Gleaves & Eberenz, 1995; Valdiserri & Kihlstrom, 1995).

Waller e colaboradores (2003) também estudaram o papel da dissociação somatoforme nas perturbações do comportamento alimentar. Os níveis de dissociação foram mais elevados nas mulheres que tiveram diagnóstico de doença com componente bulímica (bulimia nervosa ou anorexia nervosa do tipo purgativo), do que na população não-clínica ou na anorexia nervosa do tipo restritivo, que tiveram níveis relativamente normais de cada tipo de dissociação. Considerando os comportamentos individuais, a presença de comportamentos compensatórios específicos e purgativos (exercício físico excessivo, abuso de laxantes, diuréticos, etc.) foi associada a níveis mais elevados de dissociação somatoforme, embora alguns fossem raramente aludidos como comportamentos actuais. Assim, as doentes com anorexia nervosa do tipo purgativo foram as que tiveram níveis mais elevados de dissociação (Waller, Babbs, Wright, Potterton, Meyer, & Leung, 2003). Portanto, é possível que os elementos fisiológicos da dissociação, (marcados pela reduzida responsividade autonómica/vegetativa, possivelmente consequências do trauma), sejam um factor-chave para a utilização de estratégias que têm uma longa duração de inibição emocional (Waller, et al., 2003).

A equipa inglesa de Waller (2000) confirmou essa descoberta, ao mostrar que o trauma físico infantil grave se correlacionou com a dissociação somatoforme e diferentes traumas sem contacto físico se associaram à dissociação psicoforme. Esta equipa concluiu assim que a dissociação somatoforme podia ser uma resposta de adaptação ao trauma.

Nijenhuis (1998) notou que alguns estudos realizados demonstraram que indivíduos traumatizados, em especial adultos sobreviventes de abuso físico e sexual na infância, manifestavam muitas vezes sintomas dissociativos e somatoformes (Nijenhuis et al., 1998). A equipa de Vanderlinden (1993), em particular, verificou que o trauma relacionado com experiências dissociativas podia desempenhar um papel fundamental nas perturbações alimentares. E, ao compararem os vários tipos de trauma, sugeriram uma possível relação entre a gravidade do trauma e a ocorrência de experiências dissociativas (Vanderlinden & Vandereycken, 1997).

A perturbação de stress pós-traumático, a dissociação, a somatização e o afecto podem desregular diferentes expressões de adaptação ao trauma. Embora muitas vezes caminhem

juntas, os indivíduos traumatizados podem sofrer de diferentes combinações de sintomas ao longo do tempo (van der Kolk et al., 1996). A correlação entre a dissociação somatoforme e o relato da experiência traumática dá uma estimativa fiável da magnitude das relações entre os eventos potencialmente traumáticos e a dissociação (Näring & Nijenhuis, 2005).

Everill e colaboradores (1995) relataram também uma relação entre as experiências dissociativas e as perturbações do comportamento alimentar. Num grupo não clínico de estudantes, foram encontrados estilos específicos de dissociação interligados com atitudes bulímicas, e num grupo com perturbações alimentares foi encontrada associação forte entre os resultados da DES e a frequência dos comportamentos bulímicos (Everill, Waller, Macdonald, 1995; Vanderlinden, Vandereycken, & Probst, 1995).

Os estudos de Vanderlinden & Vandereycken (1993, 1995) confirmaram os resultados e demonstraram a presença de sintomas dissociativos patológicos num importante subgrupo de perturbações alimentares, principalmente em pacientes com comportamentos purgativos (Vanderlinden, et al., 1995). As perturbações do comportamento com compulsão alimentar tendem a ter menos histórias severas de trauma (o abuso sexual está presente em apenas 3% dos pacientes) (Grave, Oliosi, Todisco, & Bartocci, 1996). Segundo Grave (1996), um argumento que poderia ser utilizado para explicar as perturbações alimentares que recorrem a excessos, seria que o consequente aumento de peso poderia funcionar como uma barreira física para os estímulos sexuais não necessitando, portanto, de utilizar estilos dissociativos de *coping*. Consequentemente, tornando-se obesos e sexualmente pouco atraentes, construiriam uma barreira psicológica e física para se distanciarem dos outros (Grave et al., 1996). Os autores concluíram então que, indivíduos com bulimia nervosa e anorexia nervosa do tipo purgativo possui prevalência elevada de trauma associada a um nível elevado de experiências dissociativas, especialmente identidade-confusão, fragmentação e perda do controlo. No entanto, salientara que o estudo não permitia inferir qualquer causalidade entre o trauma, dissociação e a sintomatologia da patologia alimentar (Grave et al., 1996).

Experiências Traumáticas

No que concerne ao trauma físico, este constitui uma interrupção abrupta da experiência diária, muitas vezes com perda de controlo sobre o corpo. O trauma pode ser pensado como a experiência de ser convertido em um objecto. Os desastres naturais, a guerra, violação e

outras experiências assustadoras causadoras de descontinuidades de experiências físicas e psicológicas. O trauma torna uma pessoa indefesa e o mundo torna-se, de repente, imprevisível e ameaçador. As vítimas de trauma que têm falhas nas estruturas cognitivas e emocionais para assimilar a experiência no imediato, usam a dissociação para fugir ao impacto psicológico da situação (Classen et al., 1993). Os eventos traumáticos podem assumir inúmeras formas. Eles podem ocorrer inesperadamente e ser de duração relativamente curta, como um terremoto ou uma violação. Podem ocorrer inesperadamente, mas prolongadamente, como no caso de ser raptado e mantido em cativeiro. Podem ocorrer repetidamente e previsivelmente como as que sucedem na guerra e no abuso infantil continuado (Classen et al., 1993).

As estratégias defensivas que ajudam a reforçar um sentimento de controlo perante o trauma incluem a negação e a dissociação. Estas estratégias removem ou filtram a experiência da sensibilização de consciência, oferecendo assim, uma medida de alívio imediato e sentimento de protecção. O indivíduo também descobre que, apesar de não haver controlo directo sobre as experiências traumáticas, existem formas de controlar o modo como elas são experienciados. Por estes motivos, a utilização de estratégias defensivas pode tornar-se habitual e contribuir para a definição da vítima no mundo. As consequências do trauma são tão variadas como os traumas e as próprias vítimas. Apesar destas diferenças, as reacções da dissociação são comuns entre todos os indivíduos traumatizados. No entanto, o grau de dissociação depende do indivíduo e da natureza do trauma (Classen et al., 1993).

Alguns estudos de caso da década de 80 estimularam o interesse para a possibilidade de existir uma relação entre histórias de experiências traumáticas, especialmente o abuso sexual e físico, e o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. Os primeiros relatos sugeriram uma maior frequência de experiências traumáticas em pacientes com bulimia nervosa do que em pacientes com anorexia nervosa restritiva. Desde então, começaram a aparecer mais estudos na literatura científica sobre a possível relação entre o abuso sexual e o desenvolvimento de psicopatologia (Vanderlinden & Vandereycken, 1997).

Num estudo realizado por Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck & Vertommen (1993) com um grupo de pacientes com perturbação do comportamento alimentar, além do abuso intra e extra familiar, encontraram outras situações gravemente traumáticas: o abuso físico (espancamento ou tortura), negligência emocional completa ou abandono na infância e a

perda de um familiar próximo. A taxa de prevalência do trauma total foi de 28% (vinte por cento relataram abuso sexual na infância, dos quais oito por cento foi incestuosa). Pacientes com anorexia nervosa do tipo purgativo, bulímicas e perturbações do comportamento alimentar atípicas tiveram taxas significativamente maiores de trauma (respectivamente 25%, 37% e 58%), comparativamente com as anorécticas restritivas (12%). O abuso sexual é relatado por um número substancial de mulheres com perturbações alimentares. A taxa de abuso sexual parece ser maior em doentes com sintomas bulímicos, do que em anorécticas restritivas. Uma ligação específica e directa entre o abuso sexual (ou outra experiência traumática) e o consequente desenvolvimento de uma perturbação alimentar ainda não foi demonstrada. No entanto, um abuso sexual ou físico grave na infância ou na adolescência precoce coloca o indivíduo em risco especial para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, incluindo as alimentares (Vanderlinden et al., 1993).

Num estudo de 1996, Grave e equipa verificaram que as experiências traumáticas foram relatadas com maior frequência pelas doentes com anorexia nervosa purgativa (66%) e nas doentes com bulimia nervosa (59%) do que nas pacientes com anorexia nervosa restritiva (21%). O autor detectou também relatos de experiências traumáticas em pacientes obesas com compulsão alimentar (47%). Estes dados parecem sugerir que o trauma pode ser analisado como um factor de risco para as perturbações que incluam as *farras* alimentares. Os dados também confirmaram que o abuso sexual é frequentemente mais relatado na anorexia nervosa do tipo purgativo (28%) do que na anorexia nervosa do tipo restritivo (7%) (Grave et al., 1996).

Waller (1992) estudou o abuso sexual num grupo de mulheres com perturbações alimentares e verificou que as histórias de abuso sexual não se associam aos sintomas bulímicos. No entanto, 61% das mulheres relataram história de abuso e, a alimentação compulsiva foi mais frequente nas que descreveram experiências sexuais indesejadas em idade precoce, ou com um membro da família. Os comportamentos purgativos (vómitos) foram mais frequentes nos casos em que o abuso foi intrafamiliar (Waller, 1992).

Perturbações do Comportamento Alimentar

Existem muitas descrições de comportamentos alimentares doentios, feitas ao longo da História da Humanidade, e que, face ao conhecimento científico que hoje temos, podem ser consideradas doenças do comportamento alimentar (Charcot, 1890; Fox, 1913; Freud, 1920;

Janet, 1920; King, 1996; Kraepelin, 1907; Lasègue, 1884; Micale, 1990; Moura, 1947; Schmiedebach, 1999; Strümpell, 1912; Williams, 1990). Em 1554, Johannes Lange descreveu uma patologia denominada de *doença das virgens*, mais tarde identificada como *doença verde* ou *clorosis*. Esta doença, também caracterizada como *peste branca*, foi descrita pela literatura médica a partir de meados do século XVI (King, 1996; Kraepelin, 1907; Lasègue, 1884; Micale, 1990; Strümpell, 1912; Williams, 1990). Em meados do século XVII, Sydenham referiu-se à doença listando vários sintomas: má cor da pele e do corpo, inchaço da face, pálpebras e tornozelos, abatimento de todo o corpo, tensão e lassidão das pernas e dos pés, respiração difícil, palpitações do coração, dor de cabeça, pulso febril, sonolência, uma apetência fora do habitual para substâncias nocivas e não nutritivas e suspensão da menstruação. Esta última característica, ausência de menstruação, é fundamental para o diagnóstico especialmente no início do século XVI e XVII (King, 1996; Sydenham, 1774).

A clorose, ou *doença verde* (*the green-sickness*), foi descrita em vários textos como uma doença em jovens mulheres causadas pela obstrução da menstruação. A maioria dos casos de clorose foram, de alguma forma, caracterizadas por défices de ferro, anemia, assim como outras patologias orgânicas. As raparigas com a *doença verde* tinham palpitações cardíacas e, quando a *histeria* afectava o sistema gastrointestinal, ainda tinham: dor abdominal, vômitos e ataques de náuseas, precedidas por agitação emocional (King, 1996; Williams, 1990).

Tanto o médico britânico William Gull como o psiquiatra francês Ernest Lasègue são creditados como os primeiros a fornecer a primeira descrição da anorexia nervosa. Em 1873, Lasègue publicou um artigo intitulado "*hysterical anorexia*". Logo após sua publicação, o documento foi traduzido pelo *British Medical Journal*. Lasègue referiu a importância de reconhecer a anorexia histérica como um diagnóstico. Este propôs a hipótese de, no início da doença, a falta de apetite provir de um desejo de evitar a dor. Lasègue descreveu a espiral descendente das anorécticas, caracterizada pela indiferença, repugnância, aversão, e, eventualmente, fome, problemas de saúde e possível morte (Lasègue, 1884; Vandereycken & van Deth, 1990). O termo anorexia aparece também nos textos de Freud como *hysterical anorexia*. Freud (1920) caracterizou-a pela diminuição de apetite, recusa de alimentos, recurso ao vômito, perda de peso e de forças, terminando, algumas vezes, com a própria morte.

Em Portugal, o Professor Elysio de Moura apresentou um trabalho em 1947 extremamente interessante e que, ainda hoje, é uma referência para o tratamento da anorexia nervosa. Elysio de Moura observou que ocorria quase sempre na juventude, quase exclusivamente no sexo feminino; e que à tristeza, ao sobressalto e à aflição dos pais das doentes, estas respondiam com uma tranquilidade espantosa (Moura, 1947).

A bulimia nervosa é um termo derivado do Grego *bous* que significa *boi* e *limos* que significa fome, sugerindo que uma pessoa tinha a habilidade de consumir um boi inteiro (“fome de boi”) (Machado, 1990), o que indicava um estado patológico de apetite (Gibney, Elia, Ljungqvist, & Dowsett, 2005). É uma patologia associada aos excessos, aos quais se sucedem comportamentos compensatórios (APA, 2006; Gibney et al., 2005; Kaplan & Sadoks, 2007; World Health Organization, 1994). Ao longo da História houve várias narrativas de comportamentos culturais do tipo bulímico e que não eram necessariamente patológicos. No Antigo Egipto, a prática do vômito foi descrita detalhadamente no *Papyro Ebers*, o mais antigo documento médico sobrevivente. Ao longo dos séculos XVIII e XIX o vômito auto-induzido foi descrito, mais como uma curiosidade médica ou sintomatologia de outras doenças. Só em 1979, o Professor Gerald Russell estabeleceu este diagnóstico em pessoas com peso normal, medo de engordar e comportamentos de excessos seguidos de atitudes compensatórias (Apfeldorfer, 1995; Gibney et al., 2005).

As *Perturbações do Comportamento Alimentar*, são caracterizadas pelo DSM-IV por graves perturbações do comportamento alimentar. E inclui dois diagnósticos específicos: a *Anorexia Nervosa* e a *Bulimia Nervosa* (APA, 2006). Actualmente, as perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas de forma semelhante pelos dois principais manuais de classificação (APA, 2006; WHO, 1994) (ver Quadro 1).

Quadro 1

Critérios Diagnósticos para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa Segundo o The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) e o The Internacional Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10).

DSM-IV [307.1]	ICD-10 [F50.0]
ANOREXIA NERVOSA	
<p>Recusa em manter um peso corporal superior ao minimamente normal para a idade e altura;</p> <p>Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente;</p> <p>Perturbação na apreciação do peso e da forma corporal ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual;</p> <p>Nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos.</p> <p>Tipo Restritiva: durante o episódio actual a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes.</p> <p>Tipo Ingestão Compulsiva/Tipo Purgativa: durante o episódio actual a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos.</p>	<p>Perda significativa de peso (IMC < 17.5) ou incapacidade de ganhar peso;</p> <p>Perda de peso auto-induzida evitando alimentos que engordam e um ou mais dos seguintes: vômitos, exercício físico excessivo, supressores do apetite e diuréticos;</p> <p>Ideias hipervalorizadas e intrusivas de medo de engordar e auto-imposição de baixo peso;</p> <p>Distúrbio endócrino generalizado: amenorreia, aumento da hormona de crescimento, aumento do cortisol e diminuição da T3.</p>
BULIMIA NERVOSA	
<p>Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos 2 critérios seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comer, num período curto de tempo, uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias; • Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer; <p>Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar, usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum ou exercício físico excessivo;</p> <p>A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos;</p> <p>A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.</p> <p>Tipo Purgativo: durante o episódio actual a pessoa induz regularmente o vômito ou abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.</p> <p>Tipo Não Purgativo: durante o episódio actual a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos e enemas.</p>	<p>Preocupação com os alimentos e um desejo irresistível pela comida; a pessoa sucumbe a episódios de excessos em que grandes quantidades de alimentos são consumidos num curto período de tempo;</p> <p>A pessoa tenta “contrabalançar” os efeitos dos alimentos que engordam por um ou mais dos seguintes comportamentos: vômito auto-induzido, abuso purgativo, alterna períodos de jejuns, uso de medicação para suprimir o apetite ou diuréticos;</p> <p>A psicopatologia consiste num mórbido pavor de ficar gordo e faz com que o indivíduo defina o seu limite de peso.</p>

Objectivos

Pela análise da literatura e pela ausência deste tipo de estudos em Portugal, queremos investigar se as doentes com perturbações do comportamento alimentar vivenciam experiências dissociativas somatoformes e psicoformes e se passaram por situações traumáticas e por que tipos de traumas. Queremos ainda saber se há diferenças entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa nestas medidas, pois esta é a sugestão da literatura investigada.

Pretendemos também saber se as medidas de dissociação e de trauma se relacionam neste grupo de doentes. Os estudos que investigámos sugerem ainda que há relações entre estas medidas com a depressão e com os sintomas psicopatológicos; assim, queremos saber se estes aspectos contribuem para as relações em análise.

Finalmente, tencionamos investigar quais são os factores psicopatológicos que predizem a probabilidade de as doentes dissociarem patologicamente (psicoforme e somatoforme). Os estudos mostraram que há relação entre a dissociação (psicoforme e somatoforme) e a idade, a escolaridade, o género sexual e o estado civil (Dunn, et al., 1993; Maaranen, Tanskanen, Honkalampi, Haatainen, Hintikka, & Viinamäki, 2005; Nijenhuis, 2000; Nijenhuis, Van der Hart, & Kruger, 2002; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, van der Hart, & Vanderlinden, 1996; Seedat, et al., 2003; Spitzer et al., 2006; Tutkun, Sar, Yargıç, Özpulat, Yanik, & Kiziltan, 1998; Waller et al., 2000). Como alguns estudos mostraram que algumas destas doentes foram vítimas de assédio ou abuso sexual, quisemos saber se ter um relacionamento piora ou não a gravidade das experiências dissociativas (somatoformes e psicoformes), visto que a manutenção desses mesmos relacionamentos pode fazer com que a doente reviva algumas dessas experiências.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho da Investigação

Esta investigação consiste num estudo transversal, descritivo/exploratório e correlacional, com uso de questionários de auto-resposta e entrevista estruturada, em amostras de conveniência¹ da população clínica recolhidas consecutivamente do Serviço de Psiquiatria, do Hospital de São João, Unidade do Jovem e da Família².

Participantes

A população-alvo deste estudo consistiu em adolescentes e jovens adultas com perturbação do comportamento alimentar (anorexia nervosa e bulimia nervosa) que foram sinalizadas e compareceram à consulta de Psiquiatria neste mesmo Hospital.

A amostra total ficou com 38 pacientes do sexo feminino, 20 doentes com Anorexia Nervosa e 18 com Bulimia Nervosa. As doentes foram classificadas em várias categorias de acordo com os aspectos sociodemográficos (ver Quadro 2). As nossas doentes tinham uma idade média de 24 anos, com uma idade mínima de 14 anos e uma idade máxima de 41 anos, a diferença de idades entre as duas subamostras não foi significativa ($p = 0,12$). A maioria das nossas doentes era solteira (53%) e não mantinha qualquer tipo de relacionamento. Dito de outro modo, 42% tinham uma relação, enquanto 58% não tinham um relacionamento. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 175,00$, $p < 0,001$). A maior parte das nossas doentes encontrava-se a estudar (50%) e pertencia ao distrito do Porto (55%).

Procedimentos

As doentes tinham um diagnóstico feito por psiquiatra e que confirmámos através da entrevista neuropsiquiátrica internacional, versão mini (M.I.N.I.). Incluímos um dos critérios da ICD-10 (WHO, 1994) para a selecção das doentes com anorexia nervosa: o peso corporal está 15% abaixo do esperado e o índice de massa corporal é 17,5 ou menos.

¹ É um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para fazer parte da amostra (Fortin, 2003).

² O estudo a realizar é do tipo não experimental, na medida em que não existe manipulação das variáveis, nem distribuição aleatória dos sujeitos nos grupos (Fortin, 2003).

Quadro 2

Caracterização de uma Amostra de Doentes com Perturbação do Comportamento Alimentar (N = 38).

	Total				Anorexia Nervosa				Bulimia Nervosa				t/U	P
	N	%	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP		
Idade			23,92	6,72			22,30	6,47			25,72	6,71	-1,60 [†]	0,12
Idade início doença			16,97	5,09			16,00	3,77			18,06	6,17	153,00 [‡]	0,43
Escolaridade			11,11	2,88			11,60	2,14			10,56	3,52	1,12 [†]	0,27
Tipo de Relação													49,00 [‡]	0,00
Solteiro	20	52,60			17	44,70			3	7,90				
Casado	6	15,80			2	5,30			4	10,50				
Divorciado	2	5,30			0	0,00			2	5,30				
Namorado	10	26,30			1	2,60			9	23,70				
Internamento [§]			1,37	2,67			2,50	3,30			0,11	0,32	110,00 [‡]	0,01
Agregado Familiar			2,97	0,94			3	0,80			2,90	1,10	0,18 [†]	0,86
Profissão													98,50 [‡]	0,01
Intelectuais	1	2,60			0	0,00			1	2,60				
Administrativo	2	5,30			0	0,00			2	5,30				
Serviços	4	10,50			0	0,00			4	10,50				
Operários	3	7,90			2	5,30			1	2,60				
Não qualificados	6	15,80			3	7,90			3	7,90				
Desempregados	3	7,90			2	5,30			1	2,60				
Estudantes	19	50,00			13	34,20			6	15,80				
Residência													175,00 [‡]	0,87
Aveiro	3	7,90			1	2,60			2	5,30				
Braga	11	28,90			6	15,80			5	13,20				
Bragança	2	5,30			2	5,30			0	0,00				
Porto	21	55,30			10	26,30			11	28,90				
Vila Real	1	2,60			1	2,60			0	0,00				

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; p = nível de significância.

[§] Internamento em semanas.[†] Teste t de Student.[‡] Teste U de Mann-Whitney.

Neste estudo, as doentes com patologia alimentar foram inquiridas em ambiente hospitalar antes ou depois das consultas externas. Cada conjunto de questionários foi preenchido na totalidade por cada doente, demorando em média 20 minutos. Devido ao princípio da malificência, utilizámos a M.I.N.I. somente para a confirmação de diagnóstico³. Uma das doentes respondeu somente à TEC e ao BSI, tendo os outros questionários ficado sem efeito. Trinta e duas pacientes preencheram a DES e cinco preencheram a A-DES (esta escala não entra na análise correlacional dos resultados).

³ Como as doentes estavam a responder a outros questionários para outras investigações, resolvemos limitarmo-nos às perguntas da M.I.N.I. referentes às perturbações do comportamento alimentar.

As doentes participaram de forma informada e voluntária (Apêndice A e B), tendo em consideração os princípios Éticos presentes na Declaração de Helsínquia (WHO, 2004). A amostra só foi recolhida após o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, bem como a autorização do Conselho de Administração (13 de Março de 2009) (Apêndice C) e a recolha de dados terminou no dia 8 de Julho de 2009.

Instrumentos

Entrevista

A entrevista utilizada foi a M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), Versão Portuguesa 5.0.0 (traduzido por Guterres, Levy, & Amorim, 1999). Esta entrevista foi escolhida porque avalia os critérios do DSM-IV e é de rápida administração (média de 5 minutos) (Amorim, 2000). Utilizámos somente as questões que avaliam as *perturbações do comportamento alimentar* (*anorexia nervosa do tipo restritivo, do tipo ingestão compulsiva/purgativa, bulimia nervosa do tipo purgativo e não purgativo e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação*).

Folha de Triagem

A folha de Triagem serviu para recolher alguns dados sobre as pacientes. Possuiu algumas questões referentes aos dados sociodemográficos e especificidades das perturbações alimentares (Apêndice D e E).

Questionários

A *Dissociative Experiences Scale* (DES, Anexo 1) é uma das formas mais utilizadas para avaliar a dissociação psicoforme (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993). É uma escala de auto-resposta composta por 28 itens com uma gradação de resposta de 0 a 100. É uma medida da dissociação psicoforme baseada no DSM, com boa capacidade de detectar patologia dissociativa na população clínica. A versão portuguesa é semelhante à original americana. Nesta versão obteve-se um ponto de corte de 30. A escala avalia quatro factores que são a *despersonalização/desrealização*, a *absorção*, a *distractibilidade* e a *memória perturbada*. A escala apresenta uma consistência interna elevada (alfa de Cronbach igual a 0,94 e coeficiente de bipartição de 0,81). O estudo português encontrou desvios-padrão elevados que podem ter resultado da comorbilidade (Espírito-Santo & Pio Abreu, 2009).

A *Adolescent Dissociative Scale* (A-DES, Anexo 2) foi desenvolvida pela equipa de Armstrong (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997) e tem como objectivo avaliar a dissociação patológica em adolescentes. Esta é composta por 30 itens e pode ser administrada dos 11 aos 18 anos. Esta escala mede o mesmo tipo de experiências dissociativas que a DES, mas em contextos mais próximos da vida de adolescentes (Armstrong et al., 1997; Seeley, Perosa, & Perosa, 2004).

O *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20, Anexo 3) é um questionário de auto-resposta que mede a intensidade da dissociação somatoforme e foi desenvolvido por Nijenhuis e a sua equipa (1998) e adaptado à população portuguesa por Espírito Santo e Pio Abreu (2007). Os autores iniciais começaram a partir de uma lista de 75 itens, que foram sendo eliminados de acordo com a experiência clínica dos peritos (Nijenhuis et al., 1999). O SDQ-20 é composto por 20 itens, que se fazem acompanhar por uma escala tipo Lickert de 5 pontos. A pontuação total pode variar entre 20 a 100. A melhor conexão entre a sensibilidade e a especificidade do SDQ-20 situa-se no ponto de corte de 35. O índice de sensibilidade é de 57% e o de especificidade é de 80%. É essencial salientar a consistência interna medida pelo alfa de Cronbach, que é de 0,94. A pontuação média do SDQ-20 foi mais elevada nos doentes com sintomatologia dissociativa (doentes com perturbação dissociativa, conversiva e PSPT) do que nas outras patologias (depressivas e ansiosas) (Espírito Santo & Pio de Abreu, 2007).

A *Traumatic Events Checklist* (TEC, Anexo 4; Nijenhuis, van der Hart, & Vanderlinden, 1995) é um questionário que pretende investigar as experiências traumáticas. A TEC já teve versões anteriores em que abordavam apenas 25 experiências traumáticas (Traumatic Experiences Questionnaire – TEQ; Nijenhuis et al., 1998). Actualmente o questionário de auto-resposta possui 29 experiências traumáticas, em que se avalia se há trauma (pontuação 0 ou 1); a idade de início (agrupando-as dos 0 aos 6 anos, dos 7 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos); a duração do trauma e o impacto que essas experiências tiveram (desde 1 que corresponde a *nenhum* a 5 para *muitíssimo*). Este instrumento descreve vários tipos de trauma: negligência emocional, abusos, violência física, abuso sexual (por familiares e outros), graves problemas familiares (como o alcoolismo, a pobreza, problemas psiquiátricos de um membro da família), morte ou perda de um membro da família, danos corporais, experiências de guerra (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, & Steele, 2004). Este questionário já está traduzido e foi validado pela equipa à qual pertencemos. O

modelo desta escala permite calcular a gravidade dos traumas agrupando-os por trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional), por trauma físico (abuso físico e ameaça corporal) e por trauma sexual (abuso sexual e assédio sexual). A gravidade de trauma total de trauma pode variar de 0 a 13 (negligência e abuso emocional, físico, assédio e abuso sexual) ou de 0 a 24 (ameaça corporal, dor e punições bizarras/estranhas). A TEC permite esclarecer o contexto psicossocial em que o trauma sucedeu, se na família de origem na família (pais, irmão ou irmã), afastada (p. ex., tios, avós, primos) ou por elementos externos à família (p. ex., vizinhos, amigos, professores) (Dom, Wilde, Hulstijn, & Sabbe, 2007; Nijenhuis et al., 1998; Nijenhuis et al., 2002, Nijenhuis et al., 2004). A TEC envolve itens que pretendem avaliar ocorrências que não são necessariamente traumáticas para cada indivíduo, como acontece em qualquer questionário de auto-resposta. Deste modo, as experiências que são traumáticas para alguns indivíduos, podem não ser para outros (Dom et al., 2007).

O *Brief Symptom Inventory* (BSI, Anexo 5) (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999), avalia sintomas psicopatológicos e perturbação emocional. Este pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico e a indivíduos da população em geral. Pode ser administrado a indivíduos com 13 ou mais anos. Está organizado em 9 dimensões, cujos itens permitem contribuir para o diagnóstico psicopatológicos segundo o DSM-IV e a CID-10. Este questionário constitui uma versão reduzida do *Symptom Check-list* de 90 itens (SCL-90R). O inventário de auto-resposta inclui 44 itens divididos por 9 dimensões (“somatização”, “obsessões-compulsões”, “sensibilidade interpessoal”, “depressão”, “ansiedade”, “hostilidade”, “ansiedade fóbica”, “ideação paranóide”, “psicoticismo”). Mais 4 itens que não pertencem a nenhuma escala, mas que contribuem para a pontuação dos índices globais. É de realçar que as dimensões não correspondem a diagnósticos psiquiátricos. A escala fornece uma nota por cada dimensão mais um índice geral de sintomas resultante da soma de todos os itens, uma nota total de sintomas positivos e um índice de sintomas positivos. A escala é do tipo Likert que vai desde “nunca” (0) até “muitíssimas vezes” (4), referindo-se à frequência dos problemas que afectaram nos últimos 7 dias. O inventário leva entre 8 e 10 minutos a responder. O alfa de Cronbach variou nas subescalas entre 0,62 a 0,80 (Canavarro, 2007).

O *Beck Depression Inventory* (BDI, Anexo 6) é uma escala depressiva de auto-avaliação, cuja descrição foi inicialmente publicada por Beck e colaboradores em 1961 (versão

portuguesa, Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973). A versão portuguesa apresenta um ponto de corte de 12, a média e desvio-padrão das pontuações obtidas de indivíduos normais foi de $3,87 \pm 4,15$; em doentes deprimidos foi de $25,03 \pm 8,17$.

Análise Estatística

Para a análise estatística utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 16.0 para Windows Vista; SPSS, Inc., 2008). Na nossa investigação, as variáveis de critério foram as experiências dissociativas psicoformes medidas pela DES, as experiências dissociativas somatoformes medidas pelo SDQ-20 e as experiências traumáticas medidas pela TEC. Relativamente à DES, incluímos os seus quatro factores nas análises: a *despersonalização/desrealização*, a *absorção*, a *distractibilidade* e a *memória perturbada*. No que concerne à TEC, abrangemos as seguintes subescalas: o total das presenças, a gravidade do trauma (negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, ameaça corporal, assédio sexual e abuso sexual), a gravidade traumática total (período dos 0-6 anos, dos 7-12 anos, dos 13-18 anos) e o trauma na família de origem. Para a decisão estatística computámos o teste Kolmogorov-Smirnov para estudar a normalidade das distribuições. Houve necessidade de lidar com não-respostas (*missings*). A opção para o tratamento das não-respostas foi a exclusão da análise de todos os casos onde não existiam respostas (*exclude cases listwise*)⁴.

Comparámos os dois grupos de doentes com perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosas) através das pontuações médias das experiências dissociativas, traumáticas e dos sintomas psicopatológicos. Para o efeito utilizámos o teste *t* de Student para duas amostras independentes⁵ ou o teste *U* de Mann-Whitney⁶, consoante a distribuição das pontuações era normal ou não. Usamos o teste *t* de Student para uma amostra⁷ para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos questionários que aplicámos nas nossas subamostras e as médias obtidas nos estudos de validação dos mesmos questionários (DES, $M \pm DP = 18,63 \pm 10,19$; Espírito Santo & Pio Abreu, 2009; SDQ-20, $M \pm DP = 29,20 \pm 6,7$, Espírito Santo & Pio-Abreu,

⁴ Usámos esta opção no tratamento das não-respostas porque estava cumprido o pressuposto $100M/T > 3$ e é suficiente para prosseguir a análise, onde *T* é o tamanho da amostra, incluindo os casos com não-respostas; e *M* é o número de não respostas da variável com o maior número de *missings*.

⁵ O teste *t* é usado para comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes. Quando as amostras são de dimensão inferior ou igual a 30, que é o nosso caso, é exigido que as distribuições sejam normais (Pestana & Gageiro, 2008).

⁶ O teste de Mann-Whitney compara o centro de localização de duas amostras e é preferível ao teste *t* quando há violação da normalidade, ou quando a dimensão das amostras é diferente, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008).

⁷ O teste *t* é usado para testar se uma amostra provém de um universo com uma dada média (Pestana e Gageiro, 2008).

2007; TEC $M \pm DP = 4,47 \pm 3,96$, Espírito-Santo et al., 2009; BDI, $M \pm DP = 25,03 \pm 8,17$; Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973; BSI, $M \pm DP = 1,43 \pm 0,71$, Canavarro, 2007).

Utilizámos a ANOVA de uma via para testar se havia relação entre as variáveis demográficas e as variáveis de critério e usámos a ANOVA a dois factores fixos para testar a possível influência de variáveis de predição nas relações entre as variáveis dependentes e o factor grupos de diagnóstico. Foi utilizado o R de Pearson⁸ para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo. O R de Pearson exige a normalidade da distribuição, pressuposto que é violado nas distribuições das pontuações dos nossos questionários. O R de Spearman não exige normalidade (Pestana & Gageiro, 2008). No entanto, testámos a igualdade entre os coeficientes de Pearson e de Spearman recorrendo à distribuição Z de Fisher (Cohen, 1988, pp. 111, 125).

Desta análise resultou que a probabilidade de rejeitar a hipótese nula sobre a igualdade dos coeficientes de correlação foi apenas de 7% em média, pelo que pudemos aceitar a igualdade entre os dois coeficientes de correlação (Pestana & Gageiro, 2008). Para predizer o valor das nossas variáveis de critério (DES e SDQ-20) a partir de um conjunto de variáveis de predição utilizámos a análise de regressão logística múltipla. Para efectuar este procedimento estatístico tivemos de categorizar a variável de critério dissociação psicoforme, que era contínua, em duas classes (dissociação patológica > 30 e ausência de dissociação patológica < 29). Tivemos que realizar o mesmo procedimento para a dissociação somatoforme patológica a partir do ponto de corte 35. Primeiramente, aplicámos a regressão logística univariada para todas as variáveis de interesse. Depois, para o modelo múltiplo, considerámos as variáveis que na análise univariada mostraram significância estatística ($p < 0,05$), mas que não se correlacionavam entre si⁹.

⁸ Considerámos como correlações baixas as que se situavam entre 0,20 e 0,39; moderadas entre 0,40 e 0,69; altas entre 0,70 e 0,89 e muito altas entre 0,90 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

⁹ A distribuição das pontuações e dos resíduos da DES e do SDQ-20 não eram normais, pelo que tivemos de recorrer à regressão logística. A análise de regressão logística é usada quando a variável dependente é nominal (tem duas categorias) e as variáveis independentes são métricas ou dicotómicas. Este modelo de regressão não exige os pressupostos de normalidade, nem da linearidade e nem de homocedasticidade. No entanto, este tipo de regressão é sensível a correlações altas entre as variáveis predictoras (multicolinearidade) e a valores extremos (Chan, 2004; Pallant, 2007).

RESULTADOS

Descritivas

No Quadro 3 podemos observar as pontuações médias e desvios-padrão das várias medidas na nossa amostra. Na DES a média é de 28,19 ($DP = 21,15$). Os valores da média da DES são significativamente superiores em 9,56 pontos, relativamente aos da população portuguesa com uma amostra psiquiátrica ($IC\ 95\%$ entre 1,94 e 17,19; $t = 2,56$; $gl = 31$; $p = 0,02$). Mas, relativamente às duas subamostras em estudo, não há diferenças estatisticamente significativas, nem na DES total, nem nas subescalas da DES. Nos factores destacam-se a *absorção* ($M = 37,32 \pm DP = 22,42$) e a *distractibilidade* ($M = 32,01 \pm 22,85$).

Quanto aos factores da DES, quando comparamos as doentes do nosso estudo com a amostra psiquiátrica do estudo português, as diferenças são significativas ao nível da *despersonalização* (16,05; $IC\ 95\%$ entre 6,36 e 25,73; $t = 3,38$; $gl = 31$; $p = 0,00$) e da *absorção* (10,24; $IC\ 95\%$ entre 2,16 e 18,33; $t = 2,58$; $gl = 31$; $p = 0,02$). Quando separamos as subamostras, na anorexia nervosa temos valores estatisticamente significativos na *despersonalização* (19,35 pontos; $IC\ 95\%$ entre 4,58 e 34,13; $t = 2,79$; $gl = 15$; $p = 0,01$). Na bulimia nervosa temos valores igualmente significativos na *absorção* (10,96; $IC\ 95\%$ entre 0,72 e 21,19 ; $t = 2,28$; $gl = 15$; $p = 0,04$).

No SDQ-20, a média da amostra global é de 37,78 ($DP = 15,03$); os subgrupos não se distinguiram de forma significativa nas pontuações da SDQ-20.

No que concerne à média do estudo português com uma amostra de doentes com perturbações ansiosas e de humor, a nossa média do SDQ-20 é significativamente superior em 8,58 pontos ($IC\ 95\%$ entre 3,57 e 13,60; $t = 3,47$; $gl = 36$; $p = 0,00$). Quando dividimos a nossa amostra por categorias de diagnóstico, encontramos diferenças estatisticamente significativas na anorexia nervosa (7,45; $IC\ 95\%$ entre 1,08 e 13,82; $t = 2,45$; $gl = 19$; $p = 0,02$) e na bulimia nervosa (9,92; $IC\ 95\%$ entre 1,23 e 18,60; $t = 2,42$; $gl = 16$; $p = 0,03$).

No BDI a média do total da amostra é de 26,27 ($DP = 11,49$); nesta escala não há diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras. A pontuação média do BDI nesta amostra, apesar de o valor ser superior, não é estatisticamente significativo quando comprado com um estudo português com um amostra de doentes deprimidos (1,24; $IC\ 95\%$ entre -2,59 e 5,07; $t = 0,66$; $gl = 36$; $p = 0,52$).

Quadro 3

Diferenças das Pontuações Médias da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa na Dissociative Experiences Scale (DES), no Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20), na Traumatic Experiences Checklist (TEC), no Beck Depression Inventory (BDI) e no Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 32 com a DES e N = 38 para os restantes).

	Total		Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		t/U	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
DES	28,19	21,15	28,15	22,74	28,24	20,18	0,01 [†]	0,99
Despersonalização	26,43	26,86	29,73	27,73	23,13	26,44	101,00 [‡]	0,32
Absorção	37,32	22,42	36,61	25,86	38,04	19,22	0,18 [†]	0,86
Distractibilidade	32,01	22,85	30,36	23,84	33,66	22,45	0,40 [†]	0,69
Memória Perturbada	15,52	17,10	14,38	17,81	16,67	16,87	105,00 [‡]	0,40
SDQ-20	37,78	15,03	36,65	13,60	39,12	16,89	0,49 [†]	0,63
TEC (total de presenças)	5,37	4,83	3,45	3,43	7,50	5,34	86,00 [‡]	0,00*
Gravidade do Trauma								
Negligência Emocional	2,21	4,00	1,05	2,46	3,50	4,97	139,00 [‡]	0,24
Abuso Emocional	2,45	3,54	1,65	2,91	3,33	4,03	142,50 [‡]	0,28
Abuso Físico	0,76	1,82	0,40	0,82	1,17	2,48	162,00 [‡]	0,82
Ameaça Corporal	1,45	2,61	0,50	0,89	2,50	3,42	120,00 [‡]	0,08
Assédio Sexual	0,53	1,08	0,55	1,20	0,50	0,99	178,50 [‡]	0,97
Abuso Sexual	0,47	1,25	0,50	1,43	0,44	1,04	176,50 [‡]	0,91
Gravidade Traumática Total								
Dos 0-6 anos	1,50	3,57	0,70	1,72	2,39	4,78	151,50 [‡]	0,24
Dos 7-12 anos	2,24	3,57	1,20	2,17	3,39	4,45	132,50 [‡]	0,12
Dos 13-18 anos	2,68	3,31	2,25	3,49	3,17	3,13	145,00 [‡]	0,28
Trauma na Família de Origem	3,66	4,07	2,25	2,97	5,22	4,61	105,50 [‡]	0,03*
BDI	26,27	11,49	25,70	11,84	26,94	11,39	0,32 [†]	0,75
BSI (IGS)	1,79	0,87	1,64	0,83	1,95	0,91	1,12 [†]	0,27
Somatização	1,62	0,94	1,43	0,89	1,83	0,98	1,31 [†]	0,20
Sensibilidade Interpessoal	1,96	1,22	1,76	1,20	2,18	1,24	1,06 [†]	0,30
Ansiedade	1,78	1,03	1,60	0,96	1,98	1,10	143,00 [‡]	0,29
Fobia	1,05	0,93	0,94	0,83	1,17	1,05	163,50 [‡]	0,63
Psicoticismo	1,92	1,02	1,72	0,99	2,14	1,04	1,30 [†]	0,21
Obsessões-Compulsões	1,81	0,99	1,74	1,09	1,89	0,89	0,45 [†]	0,65
Depressão	2,19	1,05	2,03	1,08	2,37	1,02	1,01 [†]	0,32
Hostilidade	1,73	1,02	1,61	1,00	1,86	1,05	162,00 [‡]	0,61
Paranóide	1,82	0,92	1,65	0,98	2,01	0,83	1,22 [†]	0,23

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; p = nível de significância; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas; SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; DES = Dissociative Experiences Scale; TEC = Traumatic Experiences Checklist.

[†] Teste t de Student usado na comparação dos dois grupos.

[‡] Teste U de Mann-Whitney usado na comparação dos dois grupos.

* Diferenças significativas ao nível 0,001.

No BSI a média total da gravidade sintomatológica da amostra integral é de 1,79 ($DP = 0,87$); também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Em relação à média da gravidade sintomatológica comparada com uma amostra de indivíduos com perturbação emocional é significativamente superior (0,36 pontos; $IC\ 95\%$ entre 0,71 e 0,64; $t = 2,53$; $gl = 37$; $p = 0,02$).

No Quadro 3, podemos ainda observar que, em todas estas escalas não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, excepto no total das presenças da TEC ($M = 5,37$; $DP = 4,83$; $p = 0,00$). As doentes da nossa amostra obtiveram pontuações semelhantes aos valores do estudo português ($IC\ 95\%$ entre 0,69 e 2,49; $t = 1,15$; $gl = 37$; $p = 0,26$); as doentes bulímicas têm uma pontuação significativamente acima da média das doentes com anorexia nervosa e acima da média pré-definida ($IC\ 95\%$ entre 0,38 e 5,68; $t = 2,41$; $gl = 17$; $p = 0,03$).

Pela ANOVA de uma via verificámos que as variáveis demográficas não se relacionam com as variáveis de critério, excepto o grau de escolaridade que se relaciona com a *Gravidade do Trauma por Negligência Emocional* [$F(4,33) = 3,29$; $p = 0,02$]. Pela ANOVA com dois factores fixos, notámos que os graus de escolaridade diferem nas pontuações da *Gravidade do Trauma por negligência emocional* [$F(4,37) = 3,46$; $p = 0,05$]. Isto é, as doentes com mais escolaridade têm pontuações menores na *Gravidade do Trauma por Negligência Emocional*. Os dois grupos não diferem na DES [$F(3,37) = 0,65$; $p = 0,59$]. No entanto, não se verifica interacção dos graus de escolaridade com os grupos de diagnóstico [$F(4,37) = 1,22$; $p = 0,33$] (ver Quadro 4).

Quadro 4

Análise da Influência da Variável Escolaridade na Relação entre os Grupos e a Dissociação Psicoforme, através da ANOVA com Dois Factores Fixos (N = 38).

Gravidade do Trauma por Negligência Emocional			
	gl	F	P
Grau de Escolaridade	4	3,46	0,05*
Subamostras	3	0,65	0,59
Grau de Escolaridade x Subamostras	4	1,22	0,33

Notas: gl = graus de liberdade; F = ANOVA com dois factores fixos; p = nível de significância.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

Correlações entre as medidas de dissociação, trauma e psicopatologia

O estudo da relação entre Trauma e Dissociação através das correlações de Pearson é apresentado no Quadro 5. Constatamos que o trauma se correlaciona com a dissociação, quer psicoforme, quer somatoforme. Também se relaciona com alguns factores da DES. Ainda verificámos que se relaciona com a medida de psicopatologia. Seguidamente, entre os tipos de trauma que se associam à dissociação psicoforme e somatoforme, destaca-se o trauma ocorrido até aos 6 anos e quando o trauma ocorre na família de origem. Todas estas correlações variam de baixas a moderadas.

Quadro 5

Correlações entre as Experiências Traumáticas (subescalas da TEC), Experiências Dissociativas Psicoformes (DES) Somatoformes (SDQ-20) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).

Variáveis	DES	Dsp	Ab	Dt	Mp	SDQ	BDI	BSI	Sm	SI	Ad	Fb	Psic	Oc	Depr	Host	Par
TEC (total das presenças)	0,40*	0,34*	0,30	0,38*	0,49**	0,40**	0,23	0,41**	0,37*	0,36*	0,48**	0,36*	0,41**	0,20	0,28	0,42**	0,36*
Gravidade do Trauma																	
Negligência Emocional	0,38*	0,36*	0,32	0,32	0,41*	0,28	0,09	0,21	0,21	0,22	0,25	0,25	0,23	0,03	0,14	0,18	0,11
Abuso Emocional	0,20	0,13	0,21	0,18	0,19	0,38*	0,13	0,26	0,20	0,28	0,29	0,26	0,19	0,00	0,19	0,26	0,35*
Abuso Físico	0,32	0,29	0,27	0,28	0,40*	0,38*	0,26	0,31	0,21	0,23	0,39*	0,37*	0,32	0,07	0,25	0,33	0,34
Ameaça Corporal	0,36*	0,27	0,36*	0,32	0,40*	0,38*	0,21	0,26	0,13	0,23	0,36*	0,32	0,25	0,08	0,19	0,38*	0,21
Assédio Sexual	0,11	0,08	0,17	-0,02	0,18	0,02	0,15	0,09	0,06	0,04	0,13	-0,00	0,02	0,06	0,04	0,20	0,12
Abuso Sexual	0,18	0,12	0,27	0,05	0,23	0,13	0,22	0,11	0,09	0,14	0,09	0,05	0,10	-0,19	0,20	0,16	0,13
Gravidade Traumática Total																	
Dos 0-6 anos	0,46**	0,39*	0,38*	0,40*	0,60***	0,45**	0,37*	0,40*	0,42*	0,38*	0,39*	0,37*	0,38*	0,07	0,38*	0,40*	0,37*
Dos 7-12 anos	0,20	0,14	0,24	0,16	0,18	0,32	0,04	0,12	0,12	0,17	0,14	0,22	0,09	-0,13	0,05	0,20	0,06
Dos 13-18 anos	0,23	0,22	0,26	0,13	0,23	0,20	0,08	0,20	0,04	0,16	0,34	0,17	0,20	0,08	0,13	0,18	0,32
Trauma na Família de Origem	0,39*	0,33	0,34*	0,32	0,47**	0,36*	0,23	0,39*	0,34*	0,34*	0,45**	0,31	0,36*	0,17	0,29	0,47**	0,35*

Notas: DES = *Dissociative Experiences Scale*; Dsp = Despersonalização; Ab = Absorção; Dt = Distractibilidade; Mp = Memória Perturbada; BDI = *Beck Depression Inventory*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; Sm = Somatização; SI = Sensibilidade Interpessoal; Ad = Ansiedade; Fb = Fobia; Psic = Psicoticismo; Oc = Obsessões-Compulsões; Depr = Depressão; Host = Hostilidade; Par = Paranóia; SDQ-20 = *Somatoform Dissociation Questionnaire*.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

*** Correlações significativas ao nível 0,001.

As pontuações totais da DES e as suas subescalas apresentam correlações desde moderadas a elevadas com a dissociação somatoforme, depressão, gravidade sintomática e restante psicopatologia excepto duas: a absorção que não se correlaciona com a hostilidade e fracamente com a somatização, como analisamos no Quadro 6.

Quadro 6

Correlações entre a Dissociação (DES e SDQ-20) e a Sintomatologia Psicopatológica (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).

Variáveis	DES				
	Total	Despersonalização	Absorção	Distractibilidade	Memória Perturbada
SDQ-20	0,75***	0,74***	0,59***	0,77***	0,69***
BDI	0,67***	0,67***	0,56***	0,62***	0,63***
BSI (IGS)	0,73***	0,72***	0,57***	0,74***	0,69***
Sm	0,57***	0,56***	0,39*	0,59***	0,59***
SI	0,57***	0,55***	0,45**	0,60***	0,53**
Ad	0,71***	0,70***	0,53**	0,75***	0,63***
Fb	0,66***	0,72***	0,44**	0,67***	0,61***
Psic	0,69***	0,67***	0,52**	0,73***	0,65***
Oc	0,56***	0,55***	0,41*	0,65***	0,44*
Depr	0,72***	0,67***	0,65***	0,70***	0,66***
Host	0,47**	0,48**	0,34	0,41**	0,54**
Paran	0,67***	0,63***	0,62***	0,61***	0,64***

Notas: As correlações altas (0,70-0,89) estão destacadas a negrito.

DES = Dissociative Experiences Scale; SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas; Sm = Somatização; SI = Sensibilidade Interpessoal; Ad = Ansiedade; Fb = Fobia; Psic = Psicoticismo; Oc = Obsessões-Compulsões; Depr = Depressão; Host = Hostilidade; Paran = Paranóia.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

*** Correlações significativas ao nível de 0,001.

A dissociação somatoforme correlaciona-se altamente com a gravidade dos sintomas psicopatológicos e com os sintomas de somatização, sensibilidade interpessoal, ansiedade, fobia, psicoticismo e obsessivos. As restantes correlações são todas moderadas (Quadro 7).

Quadro 7

Correlações entre as Experiências Dissociativas Somatoformes (SDQ-20) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).

Variáveis	SDQ-20
BDI	0,60***
BSI (IGS)	0,86***
Somatização	0,74***
Sensibilidade Interpessoal	0,78***
Ansiedade	0,87***
Fobia	0,87***
Psicoticismo	0,77***
Obsessões-Compulsões	0,71***
Depressão	0,64***
Hostilidade	0,67***
Paranóia	0,68***

Notas: As correlações altas (0,70-0,89) estão destacadas a negrito.

DES = Dissociative Experiences Scale; SDQ-20 = Somatoform Dissociation Questionnaire; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas.

*** Correlações significativas ao nível de 0,001.

Uma vez que as pontuações da TEC, DES e do SDQ-20 têm correlações entre si e com o BDI e o BSI, removemos a influência das variáveis psicopatológicas (BDI e BSI) através do cálculo das correlações parciais (ver Quadro 8 e Quadro 9).

Comparando os valores do Quadro 8 com os valores de correlação do Quadro 5, podemos observar que há mudanças em todas as correlações. As diferenças entre as correlações não são estatisticamente significativas de acordo com a confirmação do teste Z de Fisher, o que significa que os sintomas psicopatológicos não contribuem para as correlações da TEC com a DES e com o SDQ-20. Os sintomas só explicam parte das correlações observadas, com uma confiança de 6 a 12% (Cohen, 1988).

Quadro 8

Correlações entre as Experiências Traumáticas (subescalas da TEC), Experiências Dissociativas (DES), Eliminando a Influência dos Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).

Variáveis	DES	Despersonalização	Absorção	Distractibilidade	Memória Perturbada	SDQ-20
TEC (total das presenças)	0,18	0,05	0,13	0,21	0,25	-0,16
Gravidade do Trauma						
Negligência Emocional	0,34	0,34	0,27	0,24	0,31	-0,08
Abuso Emocional	-0,02	-0,10	0,05	0,10	-0,19	0,34
Abuso Físico	-0,02	-0,09	0,06	-0,05	0,06	0,15
Ameaça Corporal	0,09	-0,08	0,22	0,08	0,16	0,20
Assédio Sexual	0,02	-0,02	0,12	-0,17	0,14	-0,10
Abuso Sexual	-0,00	0,00	0,07	-0,10	-0,01	-0,19
Gravidade Traumática Total						
No período dos 0-6 anos	0,24	0,14	0,16	0,27	0,32	0,22
No período dos 7-12 anos	0,09	-0,02	0,21	0,12	-0,07	0,29
No período dos 13-18 anos	0,07	0,13	0,15	-0,10	0,00	0,07
Trauma na Família de Origem	0,26	0,14	0,28	0,24	0,27	0,05

Notas: DES = *Dissociative Experiences Scale*; SDQ-20 = *Somatoform Dissociation Questionnaire*.

Os sintomas psicopatológicos e a depressão contribuem para as correlações entre a dissociação psicoforme e a somatoforme (com uma confiança entre 12 a 76%) (Quadro 9).

Quadro 9

Correlações entre as Experiências Dissociativas Psicoformes (DES) e Somatoformes (SDQ-20), Eliminando a Influência dos Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Doentes com Perturbações Alimentares (N = 32).

DES					
Variáveis	Total	Despersonalização	Absorção	Distractibilidade	Memória Perturbada
SDQ-20	0,38	0,27	0,47*	0,35	0,31

Notas: DES = *Dissociative Experiences Scale*; SDQ-20 = *Somatoform Dissociation Questionnaire*; BDI = *Beck Depression Inventory*; BSI = *Brief Symptom Inventory*.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

A comparação das correlações do Quadro 9 com as do Quadro 6, através do teste Z de Fisher mostra que as diferenças são estatisticamente significativas. O que significa que as pontuações do BDI e do BSI explicam parte da correlação entre o SDQ-20 e a DES.

Variáveis preditoras da dissociação psicoforme patológica

No Quadro 10 apresentamos os resultados da regressão logística univariada para as categorias da DES. Verificamos neste quadro que os preditores da dissociação psicoforme são a dissociação somatoforme, a depressão, a gravidade sintomática e todos os sintomas psicopatológicos, excepto a hostilidade.

Quadro 10

Análise da Influência de cada Variável Traumática e Psicopatológica na Dissociação Psicoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 38).

Presença de Dissociação Psicoforme Patológica						
Variáveis	Coeficiente (β)	SE	Wald X^2	P	OR	IC 95%
SDQ-20	0,11	0,04	9,58	0,00*	1,12	1,04 a 1,20
BDI	0,11	0,04	6,50	0,01**	1,12	1,03 a 1,21
IGS	2,19	0,77	8,13	0,00**	8,95	1,98 a 40,38
Somatização	1,17	0,49	4,82	0,02*	3,23	1,25 a 8,38
Sensibilidade Interpessoal	0,98	0,39	6,20	0,01**	2,67	1,23 a 5,78
Ansiedade	1,43	0,48	9,00	0,00**	4,16	1,64 a 10,55
Fobia	1,73	0,57	9,35	0,00**	5,63	1,86 a 17,03
Psicoticismo	1,47	0,52	7,98	0,01**	4,34	1,58 a 12,02
Obsessões-Compulsões	1,54	0,59	6,84	0,01**	4,65	1,47 a 14,70
Depressão	1,83	0,68	7,25	0,01**	6,23	1,65 a 23,63
Hostilidade	0,67	0,37	3,34	0,07	1,95	0,95 a 3,98
Paranóia	1,64	0,61	7,20	0,01**	5,13	1,55 a 16,94
TEC (total das presenças)	0,08	0,07	1,10	0,30	1,08	0,94 a 1,24
Gravidade do Trauma						
Negligência Emocional	0,07	0,08	0,68	0,41	1,07	0,91 a 1,27
Abuso Emocional	0,07	0,10	0,57	0,45	1,08	0,89 a 1,30
Abuso Físico	0,13	0,19	0,52	0,47	1,14	0,80 a 1,64
Ameaça Corporal	0,08	0,13	0,38	0,54	1,08	0,84 a 1,40
Assédio Sexual	-0,03	0,33	0,01	0,92	0,98	0,51 a 1,85
Abuso Sexual	-0,06	0,30	0,04	0,85	0,94	0,53 a 1,69
Trauma na Família de Origem	0,11	0,09	1,64	0,20	1,12	0,94 a 1,32

Notas: β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; SE = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Para efectuar a regressão logística múltipla, poderíamos escolher todas as variáveis que apresentam valores significativos na regressão logística univariada. No entanto, havendo multicolinearidade e correlações acima de 0,70¹⁰ entre a maioria das variáveis, procedemos à regressão logística múltipla somente com as algumas das variáveis sintomatológicas e as experiências dissociativas somatoformes. Os resultados mostram que a fobia é o único sintoma que prediz a dissociação psicoforme ($\beta = 1,70$; $EP = 0,56$; Wald $X^2 = 9,26$; $p < 0,01$; $OR = 5,48$; $IC\ 95\% = 1,83$ a $16,37$).

A regressão logística univariada para as variáveis preditoras sociodemográficas da DES pode ser observada no Quadro 11. Verificamos que a variável *relação* é a única que tem impacto na dissociação psicoforme ($p < 0,05$); isto é, uma doente com patologia alimentar tem 4,5 (OR) vezes mais risco de ter dissociação patológica se estiver envolvida numa relação.

Quadro 11

Análise da Influência de cada Variável Sociodemográfica e Psicopatológica na Dissociação Psicoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 32).

Presença de Dissociação Psicoforme Patológica						
Variáveis	Coeficiente (β)	SE	Wald X^2	P	OR	IC 95%
Idade	0,00	0,05	0,00	1,00	1,00	0,90 a 1,11
Idade início da doença	-0,02	0,07	0,11	0,75	0,98	0,85 a 1,12
Anos de escolaridade	-0,08	0,12	0,41	0,52	0,92	0,72 a 1,18
Relação	1,50	0,75	4,07	0,04*	4,50	1,04 a 19,39

Notas: β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; SE = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

Variáveis preditoras da dissociação somatoforme patológica

A apresentação das variáveis do modelo de regressão logística univariada para a ocorrência de dissociação patológica somatoforme está patente no Quadro 12.

¹⁰ O princípio da não multicolinearidade indica que se duas ou mais variáveis independentes são correlacionadas, a informação que elas dão ao modelo de regressão é a mesma, por isso só é necessário uma variável (Lang & Secic, 2006). Segundo Tabachnick e Fidell (1989), a colinearidade das variáveis independentes só tende a criar relações espúrias com a variável em estudo na recta de regressão quando as correlações entre as variáveis independentes for superior a 0,70. As correlações entre as variáveis independentes BSI e BDI que não aparecem nos quadros de correlações relativos a cada uma das variáveis dependentes são apresentadas no Apêndice F. No apêndice G são apresentados os valores de colinearidade.

Quadro 12

Análise Univariada da Influência de cada Variável Traumática e Psicopatológica na Dissociação Somatoforme (N=38).

Presença de Dissociação Somatoforme Patológica						
Variáveis	Coeficiente (β)	EP	Wald X^2	P	OR	IC 95%
DES	0,19	0,07	7,37	0,01**	1,21	1,05 a 1,39
Despersonalização	0,17	0,07	6,58	0,01**	1,18	1,04 a 1,34
Absorção	0,09	0,03	7,15	0,01**	1,10	1,03 a 1,17
Distractibilidade	0,14	0,05	8,72	0,00**	1,15	1,05 a 1,26
Memória Perturbada	0,14	0,05	6,98	0,01**	1,14	1,04 a 1,27
TEC (total das presenças)	0,08	0,07	1,14	0,29	1,08	0,94 a 1,25
Gravidade do Trauma						
Negligência Emocional	0,06	0,09	0,42	0,52	1,06	0,90 a 1,25
Abuso Emocional	0,12	0,10	1,26	0,26	1,12	0,92 a 1,37
Abuso Físico	0,26	0,24	1,14	0,29	1,29	0,81 a 2,07
Ameaça Corporal	0,09	0,13	0,46	0,50	1,10	0,84 a 1,42
Assédio Sexual	0,00	0,30	0,00	1,00	1,00	0,55 a 1,81
Abuso Sexual	0,14	0,28	0,27	0,60	1,15	0,67 a 1,98
No período dos 0-6 anos	0,13	0,12	1,14	0,29	1,14	0,90 a 1,43
No período dos 7-12 anos	-0,00	0,09	0,00	0,96	1,00	0,83 a 1,20
No período dos 13-18 anos	0,18	0,11	2,61	0,11	1,20	0,96 a 1,50
Trauma na Família de Origem	0,07	0,08	0,71	0,40	1,07	0,91 a 1,26
BDI	0,11	0,04	7,65	0,01**	1,12	1,03 a 1,21
IGS	3,15	0,98	10,27	0,00**	23,43	3,40 a 161,32
Somatização	1,91	0,64	9,06	0,00**	6,78	1,95 a 23,59
Sensibilidade Interpessoal	1,26	0,41	9,60	0,00**	3,52	1,59 a 7,81
Ansiedade	2,54	0,74	11,75	0,00***	12,67	2,97 a 54,10
Fobia	3,74	1,16	10,32	0,00***	41,92	4,29 a 409,81
Psicoticismo	2,01	0,61	11,05	0,00***	7,49	2,29 a 24,56
Obsessões-Compulsões	1,84	0,56	10,68	0,00***	6,28	2,09 a 18,93
Depressão	1,71	0,56	9,18	0,00**	5,51	1,83 a 16,64
Hostilidade	1,03	0,43	5,79	0,02*	2,81	1,21 a 6,52
Paranóia	1,82	0,60	9,17	0,00**	6,15	1,90 a 19,93

Notas: β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; EP = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

*** Correlações significativas ao nível 0,001.

Verificamos neste quadro que os preditores da dissociação somatoforme são a dissociação psicoforme, a despersonalização, a absorção, a distractibilidade, a memória perturbada, a

depressão, a gravidade sintomática e toda a sintomatologia psicopatológica. A regressão logística múltipla com as variáveis sintomatológicas, memória perturbada e trauma na família de origem (sem correlações entre si acima de 0,70) revelam que a ansiedade é a única variável que prediz a dissociação somatoforme ($\beta = 3,65$; $EP = 1,26$; $Wald X^2 = 8,44$; $p < 0,001$; $OR = 38,42$; $IC\ 95\% = 3,28$ a $450,50$).

A análise univariada de regressão logística para pesquisa de possíveis preditores sociodemográficos da dissociação somatoforme patológica é apresentada no Quadro 13. Nenhuma variável prediz a ocorrência de pontuações acima do ponto de corte ($SDQ > 35$).

Quadro 13

Análise da Influência de cada Variável Sociodemográfica e Psicopatológica na Dissociação Somatoforme, Através de Regressão Logística Univariada (N = 38).

Presença de Dissociação Somatoforme Patológica						
Variáveis	Coeficiente (β)	SE	Wald X^2	P	OR	IC 95%
Idade	-0,20	0,05	0,17	0,68	0,98	0,89 a 1,08
Idade início da doença	0,07	0,07	0,97	0,32	1,07	0,94 a 1,22
Anos de escolaridade	-0,11	0,12	0,82	0,37	0,90	0,71 a 1,13
Relação	0,88	0,67	1,70	0,19	2,41	0,64 a 9,03

Notas: β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; SE = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervalos de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Propusemo-nos a investigar as experiências dissociativas (psicoformes e somatoformes) e traumáticas em doentes com perturbação do comportamento alimentar (anorexia e bulimia nervosa). Quisemos saber se as experiências dissociativas e traumáticas são comuns em doentes com patologia alimentar. Verificámos se havia associação entre o trauma e a dissociação nestas doentes. Finalmente, estudámos quais são os factores que predizem a dissociação. Os nossos resultados devem ser vistos a título de ensaio e como preliminares.

Experiências dissociativas e traumáticas

As nossas doentes têm uma média de **dissociação psicoforme** (DES) significativamente superior à da população portuguesa com uma amostra psiquiátrica (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009). O mesmo acontece noutros estudos, mas com mais relevância nas bulímicas e nas anorécticas do tipo purgativo (Spitzer et al., 2006; Vanderlinden et al., 1993; Waller et al., 2003; Waller, Ohanian, Meyer, Everill, & Rouse, 2001). A nossa investigação mostra valores de dissociação psicoforme mais elevados que a maioria dos outros estudos (Everill, et al., 1995; Gleaves & Eberenz, 1995; Hartt & Waller, 2002; McCallum, Lock, Kulla, Rorty, & Wetzel, 1997; Vanderlinden et al., 1993; Waller et al., 2003; Waller, Ohanian, Meyer, Everill, & Rouse, 2001). É ainda de ressaltar que as nossas doentes têm sintomas de depressão moderada e estão acima da média em termos de psicopatologia, o que pode ter contribuído para os níveis elevados de dissociação. No entanto, o mesmo se passa com as doentes dos estudos referidos.

O nosso estudo mostra que não há diferenças significativas entre as duas subamostras, ao contrário de outros estudos. Gleaves e Eberenz (1995) verificaram que as bulímicas dissociam mais; Waller e equipa (2001, 2003) verificaram que as anorécticas purgativas dissociam mais e van Ijzendoorn e Schuengel (1996) indicaram, inversamente, que as anorécticas dissociam mais que as bulímicas. De facto, a investigação aponta para uma relação entre a dissociação e os comportamentos bulímicos (Groth-Marmat & Michel, 2000) independentemente da patologia alimentar; mas, como não distinguimos os dois tipos de anorexia, não podemos tirar conclusões sobre a ausência de diferenças entre as duas subamostras.

As nossas doentes destacam-se em duas dimensões da dissociação: as anorécticas na *despersonalização* e as bulímicas na *absorção*. McCallum e colaboradores (1997) também verificaram pontuações significativas superiores nos factores de absorção e despersonalização

em doentes com perturbação alimentar, mas somente nas doentes com perturbação alimentar com patologia dissociativa associada. A dimensão *absorção* também aparece noutros dois estudos que compararam doentes com patologia alimentar com pessoas sem patologia (Grave et al., 1996; Vanderlinden et al., 1993).

Estes resultados com as doentes anorécticas conduzem-nos a uma questão que não investigámos. A *despersonalização* na DES é medida por perguntas do tipo: “Sentir como se o corpo não fosse seu”, “Não se reconhecer ao espelho”, “Ver-se a si mesmo como se fosse outro”. Fica-nos então a dúvida se estes resultados são explicados pela relação que as doentes com anorexia nervosa têm com o seu próprio corpo. O que pode contribuir para este mecanismo de dissociação pode ser o modo como as doentes com anorexia vivem o seu corpo que é com grande insatisfação e desvalorização (Cash & Pruzinsky, 2004).

Em relação à *absorção* na bulimia nervosa também ficámos com uma dúvida. A *absorção*, refere-se à concentração focada intensa e envolvimento cognitivo em um ou mais aspectos do conhecimento consciente (Tellegen & Atkinson, 1974). Na DES, a *absorção* é avaliada através de questões do tipo: “Sentir como se fosse duas pessoas diferentes”; “Tão envolvido em fantasia que parece real”; “Conseguir ignorar a dor”. Tendo estes aspectos em consideração, até que ponto a *absorção* é explicada pela natureza obsessiva das doentes bulímicas (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, & Treasure, 2003; von Ranson, Kaye, Weltzin, Rao, & Matsunaga, 1999)? Até porque encontrámos essa relação entre a *absorção* medida pela DES e os sintomas *obsessivo-compulsivos* medidos pelo BSI.

Relativamente à **dissociação somatoforme** (SDQ-20) deparamo-nos com valores significativamente superiores aos do estudo português com doentes ansiosos e deprimidos (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2007) e superiores à investigação de patologia alimentar (Nijenhuis et al., 1999). A magnitude destes resultados e a sua importância apontam para a necessidade de replicar estes estudos. Os subgrupos não se distinguem de forma significativa, apesar das doentes com bulimia nervosa apresentarem valores superiores aos das doentes com anorexia nervosa. Na revisão da literatura, encontrámos também médias elevadas na dissociação somatoforme, principalmente em doentes com comportamentos bulímicos (bulimia nervosa e anorexia nervosa do tipo purgativo) (Nijenhuis et al., 1999; Waller et al., 2003). Entretanto no estudo de Waller e colaboradores (2003), as doentes com anorexia nervosa do tipo restritivo não se distinguiram da população normal nas medidas de dissociação. Mas, como já referimos, não distinguimos os dois tipos de anorexia.

No que concerne às **experiências traumáticas** (TEC), a nossa investigação vai ao encontro de outras já realizadas (Grave et al., 1996; Vanderlinden et al., 1993): o total das presenças é o que mais se destaca, em que as doentes com bulimia nervosa relatam, de forma significativamente maior número de experiências traumáticas do que as doentes com anorexia nervosa. Tal como na nossa investigação, Everill e equipa (1995) não encontraram diferenças entre doentes anorécticas e bulímicas quanto ao abuso sexual.

Na nossa investigação as situações traumáticas mais relatadas referem-se à *negligência emocional* e ao *abuso emocional*. Este resultado não é confirmado pela maior parte das investigações (Everill et al., 1995; Nijenhuis, 2000; Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, & Thompson, 2008; Oliosi, Todisco, & Bartocci, 1996; Vanderlinden et al., 1993). Apenas Corstorphine, Waller, Lawson e Ganis (2007) descrevem que o abuso emocional está associado de forma significativa com o número de comportamentos impulsivos, incluindo os bulímicos.

O nosso estudo parece ser o primeiro a analisar a idade e o contexto em que ocorreu o trauma. Verificamos, assim que as doentes com bulimia nervosa têm, de forma significativa, mais situações traumáticas em que o perpetrador é da família de origem.

Finalmente, não era nossa pretensão averiguar a relação entre o trauma e as variáveis sociodemográficas mas, ao testar se estas variáveis influenciavam os nossos resultados, descobrimos que as doentes com mais escolaridade têm pontuações menores na *gravidade traumática com negligência emocional*. Este aspecto não nos parece relevante e não encontrámos nenhum estudo que se deparasse com este tipo de relação.

Correlatos das experiências dissociativas e traumáticas

O número de **situações traumáticas** correlaciona-se com a dissociação, quer psicoforme, quer somatoforme. Este resultado é confirmado pelos estudos de Miller, McCluskey-Fawcett e Irving (1991); Oliosi e colaboradores (1996) e Vanderlinden e equipa (1993). Os resultados mostram ainda que, quanto mais experiências traumáticas, mais sintomatologia psicopatológica têm as doentes com patologia alimentar. Nenhum estudo investigou esta relação, pelo que deverá ser analisado em pesquisas futuras de replicação.

Seguidamente, entre os tipos de trauma que se associam à dissociação psicoforme e somatoforme, destaca-se o *trauma ocorrido antes dos 6 anos* e o *trauma sobrevivendo na família de origem*. Como não encontramos outros estudos que suportem esta descoberta

consideramos, pela sua importância clínica, que devem ser feitas mais pesquisas desta natureza no futuro.

Relativamente aos tipos de trauma, o *abuso físico e emocional* correlaciona-se com a dissociação somatoforme. A *negligência emocional* correlaciona-se somente com a dissociação psicoforme e, por último, a *ameaça corporal* está correlacionada com os dois tipos de dissociação (psicoforme e somatoforme). Groth-Marmat e Michel (2000) encontraram resultados diversos: o trauma não se relacionou com a dissociação psicoforme em doentes bulímicas, no entanto, os autores não distinguiram os tipos de trauma. Já o estudo da equipa de Everill (1995) encontrou somente relação entre a dissociação psicoforme e o abuso sexual. De alguma forma, parece que as situações de abuso implicam uma falha na integração sensorial e motora e as situações de negligência remetem mais para a dissociação psicoforme. Isto é uma novidade perante os achados de vários autores que encontraram relação entre a dissociação somatoforme e situações de ameaça de vida (Näring & Nijenhuis, 2005; Nijenhuis, 2000; van der Hart et al., 2000; Waller et al., 2000).

A dissociação psicoforme correlaciona-se com a dissociação somatoforme, depressão, gravidade sintomática e restante psicopatologia. Esta descoberta vai ao encontro de outros estudos com outras amostras psiquiátricas (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2008a; Gleaves & Eberenz, 1995).

À semelhança dos resultados obtidos no estudo da equipa de Nijenhuis (1999), a dissociação somatoforme correlaciona-se com a gravidade psicopatológica e com a depressão.

Os sintomas psicopatológicos não explicam a relação entre trauma e dissociação psicoforme, mas já explicam a relação entre os dois tipos de dissociação. Mas, encontramos um estudo que encontrou relações significativas entre a dissociação e sintomatologia psicopatológica em anorécticas (Farrington et al., 2002).

Preditores da Dissociação

O nosso estudo é o primeiro a mostrar quais são os factores preditivos da dissociação em doentes com patologia alimentar. Os factores associados à **dissociação psicoforme** patológica é a gravidade sintomática. O trauma não prediz a dissociação psicoforme.

Verificamos que a variável *relação* tem impacto na dissociação psicoforme. Ou seja, ter um relacionamento poderá ser um factor de risco para a dissociação psicoforme em doentes com perturbações alimentares. Não podemos, no entanto, dizer qual o verdadeiro valor desta, pois

não foi possível fazer a regressão múltipla. Dois estudos mostram que as doentes com comportamentos purgativos têm níveis de trauma mais elevados (Grave et al., 1996; Vanderlinden et al., 1993); estas mesmas doentes são as que relatam mais trauma sexual (Everill et al., 1995). Apesar de na nossa investigação o trauma sexual não ser significativo, é interessante que mostre que as doentes que estão envolvidas numa relação têm mais probabilidades de dissociar¹¹. Será que estar numa relação é uma forma de reviver algum tipo de trauma? Se este resultado for replicado num estudo mais doentes e com amostras homogéneas, então esta é uma questão que poderá ser explorada na terapia com doentes com patologia alimentar.

O preditor da **dissociação somatoforme** é a gravidade sintomática. Tal como acontece com a dissociação psicoforme, o trauma não prediz a dissociação somatoforme. Este é um resultado que, não tendo suporte na literatura, deverá ser investigado em amostras maiores.

Conclusões

Os nossos resultados devem ser lidos à luz de um conjunto de limitações. Uma delas é a dimensão da amostra e das subamostras. Deveríamos ter tido mais sujeitos com anorexia do tipo purgativo e do tipo restritivo para fazer as devidas comparações, à semelhança de outros estudos (e.g. Everill et al., 1995; Grave et al., 1996; Vanderlinden et al., 1993; Waller et al., 2001; Waller et al., 2003). Todavia, a demora da autorização da Comissão de Ética impediu-nos de obter uma amostra maior. Adicionalmente, os nossos resultados deviam ter sido controlados através da comparação com amostras clínicas diferentes e com amostras não clínicas.

Outra limitação é o facto de a amostra incluir somente mulheres, mas isto é o habitual nos estudos que investigam este tipo de patologias (e.g., Everill et al., 1995; Groth-Marmat & Michel, 2000; Hartt & Waller, 2002; Narduzzi, Jackson, 2000; Santonastaso, Favaro, Olivotto, & Friederici, 1997; Vanderlinden et al., 1993; Waller et al., 2001; Waller et al., 2003).

No futuro, um estudo de replicação deverá controlar os dados sociodemográficos. De facto, na nossa investigação, as subamostras são diferentes no que diz respeito aos anos de

¹¹ É interessante que os estudos sobre a Depressão e Suicídio mostram que estar casado é um factor de protecção de saúde mental (Klein & Santiago, 2003; Li, 1995).

escolaridade. Ora, há estudos que mostram que há mais patologia dissociativa entre a população estudante (Barker-Collo, 2001; Giesbrecht, Merckelbach, & Geraerts, 2004).

Seria importante controlar também o tempo de internamento, pois a investigação sugere que doentes internadas apresentam mais psicopatologia (Ross, Duffy, & Ellason, 2002; Saxe et al., 1993; Tutkun et al., 1998) e psicopatologia mais grave (Modestin, Ebner, Junghan, & Erni, 1996). Como há diferenças ao nível de tempo de internamento, os nossos resultado de comparação dos dois grupos têm de ser observados com alguma cautela. A ausência de diferenças significativas, pode ter-se relacionado com o facto de as doentes com anorexia nervosa estarem internadas mais vezes.

A nossa pesquisa consiste num estudo transversal, pelo que não sabemos se há uma relação de causalidade; ou seja, torna-se impossível determinar se a dissociação é uma causa ou consequência da psicopatologia.

Os nossos valores de dissociação somatoforme estão acima dos níveis de ponto de corte determinados no estudo de validação português (Espírito-Santo & Pio-Abreu, 2007). Julgamos que, depois de confirmados estes resultados em amostras maiores, deverá fazer parte na rotina clínica o uso de medidas de dissociação somatoforme em doentes com patologia alimentar. E, a verificarem-se resultados elevados, consideramos que se devem usar entrevistas para confirmação de patologia somatoforme (por exemplo, a *Dissociative Disorders Interview Schedule*) (Ross et al., 1989).

Outra restrição do nosso estudo, é a forma como os instrumentos foram administrados. As doentes preencheram os questionários na nossa presença e em ambiente clínico, o que pode ter contribuído para enviesar as respostas (Saxe et al., 1993).

Temos de destacar que todas as nossas doentes apresentam indícios de depressão moderada (tal como foi avaliado pelo BDI) e que as doentes bulímicas apresentam uma maior gravidade psicopatológica (tal como foi medido pelo BSI). Ainda que o BSI não permita fazer diagnósticos, as nossas doentes com bulimia poderão ter maior comorbilidade. Este foi um aspecto que não avaliámos.

Finalmente, a utilização do BDI original (versão portuguesa, Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973) é outra limitação. Comparada com a versão posterior, BDI-II (1996), esta versão conserva alguns problemas: é mais confusa de completar e não envolve todos os critérios da DSM-IV (Beck, Steer, Ball, & Ranieri, 1996).

Apesar das limitações, aparentemente este é um dos primeiros estudos realizado em Portugal que analisa a dissociação e o trauma em doentes com anorexia e bulimia nervosas. É também um aspecto forte do nosso estudo, o termos comparado a anorexia e a bulimia nervosas. Acrescente-se que controlámos os níveis de psicopatologia, o que nos dá mais segurança sobre as análises efectuadas. E controlámos enviesés de quem fez o diagnóstico inicial, ao usarmos uma entrevista estruturada para confirmação diagnóstica.

Finalmente, consideramos que o aspecto mais forte da nossa investigação é termos investigado vários tipos de trauma, comparado com a maioria dos estudos que só se debruça sobre o abuso sexual na investigação da patologia alimentar.

Em síntese, o nosso estudo apesar de ser exploratório e sofrer de restrições várias, mostra a importância de avaliar as experiências dissociativas (especialmente as somatoformes) e as experiências traumáticas (particularmente as ocorridas na família e na infância) em doentes com patologia alimentar. Para além das apontadas, há uma questão que deve ser investigada no futuro, e que é saber até que ponto as doentes com patologia alimentar têm patologia dissociativa em comorbilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160, 242-247.
- Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Lisboa: Instituto Piget.
- Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the adolescent dissociative experiences scale. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(8), 491-497.
- Barker-Collo, S. (2001). Relationship of the dissociative experiences scale to demographics, symptomatology, and coping strategies in a New Zealand student sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2 (3), 81-99.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in Psychiatric Outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67 (3), 588-597.
- Bernstein, E., & Putman, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Briere, J., Weathers, F., & Runtz, M. (2005). Is Dissociation a Multidimensional Construct? Data From the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 221-231.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, II, 87-109. Braga: SHO-APPORT.
- Cardeña, E., & Nijenhuis, E. (2000). Embodied Sorrow: A Special Issue on Somatoform Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1 (4), 1-5.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update of the Dissociative Experiences Scale [Resumo]. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Cash, T., Pruzinsky, T. (2004). *Body Image: a handbook of theory, research, & clinical practice*. Nova Iorque: The Guilford Press.
- Charcot, J. M. (1888) Leçons du Mardi à la Salpêtrière: policliniques, 1887-1888/ professeur Charcot, notes de cours de MM. Blin, Charcot [fils] et Colin. Paris: Librairie A. Delahaye et Emile Lecrosnier. Acedido em 2009, Junho 5, de http://jubil.upmc.fr/sdx/pl/toc.xsp?id=CH_00000067&fmt=upmc&idtoc=CH_00000067pleadetoc&base=fa

- Charcot, J. M. (1890). *Oeuvres complètes de J. M. Charcot: Leçons sur les maladies du système nerveux. Recueillies et publiées par MM. Babinski, Bernard, Féré, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette* (Vol. III). Paris: Lecrosnier et Babé. Acedido em 2009, Maio 2, de http://jubil.upmc.fr/sdx/pl/doctdm.xsp?id=CH_00000072_toc1&fmt=upmc&base=fa&root=&n=&qid=&ss=&as=&ai=.
- Classen, C., Koopman, C., & Spiegel, D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 178-194.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis* (2ª Ed., pp. 111, 125). New Jersey: Psychology Press.
- Corstorphine E., Waller G., Lawson, R. & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30.
- Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 77-106.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report [Resumo]. *Psychological Medicine*, 13, 596-605.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 178-185.
- Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., & Van Fleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 150 1043-11047.
- Espírito Santo, H. (2008). *Histeria: A Unidade Perdida. Estudo dos fenómenos semelhantes e dissemelhantes das perturbações somatoformes e dissociativas. Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor na Área de Saúde Mental*. Porto: Universidade do Porto.
- Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008a). Demographic and mental health factors associated with pathological dissociation in a Portuguese sample. *Journal of Trauma and Dissociation*, 9 369-387.
- Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008b). Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of Trauma and Dissociation*, 10, 68-82.
- Espírito Santo, H. M. A., & Pio-Abreu, J. L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 354-358.
- Espírito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 270-276.
- Everill, J., Waller, G., & Macdonald, W. (1995). Reported sexual abuse and bulimic symptoms: The mediating role of dissociation. *Dissociation*, 8, 155-159.
- Farrington, A., Waller, G., Neiderman, M., Sutton, V., Chopping, J., Lask, B. (2002). Dissociation in adolescent girls with anorexia: relationship to comorbid psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 746-751.

- Fox, C. D. (1913). *Psychopathology of hysteria*. Boston: Badger.
- Freud, S. (1920). *Further observations on the defense-neuropsychoses*. In *Selected papers on hysteria and other psychoneuroses* (A. A. Brill, Trad., 3.^a Ed., pp. 155-174). Nova Iorque: Nervous & Mental Disease Pub. Co. (Trabalho original em alemão publicado em 1896).
- Gibney, M., Elia, M., Ljungqvist, O., & Dowsett, J. (2005). *Clinical nutrition*. Blackwell Publishing company.
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., & Geraerts, E. (2004). Dissociation in undergraduate students: disruptions in executive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 567-569.
- Gleaves, D. H., & Eberenz, K. P. (1995). Correlates of dissociative symptoms among women with eating disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 417-4126.
- Gleaves, D., & Eberenz, K. (1995). Assessing Dissociative Symptoms in Eating Disordered Patients: Construct Validation of Two Self-report Measures [Resumo]. *International Journal of Eating Disorders*, 18 99-102.
- Grave, R. D., Oliosi, M., Todisco, P., & Bartocci, C. (1996). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissociation*, 9, 274-281.
- Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1996). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, 232-240.
- Greenes, D., Fava, M., Cioffi, J., Herzog, D. B. (1993). The relationship of depression to dissociation in patients with bulimia nervosa. *Journal of Psychiatry Research*, 27, 133-137.
- Groth-Marmat, G., & Michel, N. (2000). Dissociation, comorbidity of dissociative disorders, and childhood abuse in a community sample of women with current and past bulimia. *Social Behavior and Personality*, 28, 279-292.
- Hartt, J., & Waller, G. (2002). Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child and Abuse Neglect*, 26, 923-938.
- Janet, Pierre. (1920). *The major symptoms of hysteria. Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University* (2.^a Ed.). Nova Iorque: Macmillan.
- Kaplan, & Sadocks(2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. (10.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins: Nova Iorque.
- Kihlstrom, J., Glisky, M, & Angiulo, M. (1994). Dissociative Tendencies and Dissociative Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 117-124.
- King, H. (1996). Green sickness: Hippocrates, Galen and the origins of the 'disease of the virgins'. *International Journal of the Classical Tradition*, 2, 373-378.
- Kraepelin, E. (1907). *Clinical psychiatry, a text book for students and physicians* (A. R.Diefendorf, Trad., 2.^a Ed.). Nova Iorque: McMillan (Trabalho original em alemão, publicado em 1903, 7.^a Ed.).
- Lang, T. A., & Secic, M. (2006). *How to Report Statistics in Medicine*. Filadélfia: American College of Physicians.
- Lasègue, C. (1884). *Études médicales* (Vol. 1). Paris: Asselin et Cie.
- Lightstone, J. (2004). Dissociation and compulsive eating. *Journal of Trauma and Dissociation*, 5, 17-32.

- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.
- Machado, J. P. (1990). *Dicionário etimológico da língua portuguesa* (6.ª ed., Vol. 3). Lisboa: Livros Horizonte.
- McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzel, R. D. (1997). Symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation*, 5, 227-235.
- Merckelbach, M., & Giesbrecht, T. (2006). Subclinical dissociation, schizotypy, and traumatic distress. *Personality and Individual Differences*, 40, 365-374.
- Micale, M. S. (1990). Hysteria and its historiography: the future perspective. *History of Psychiatry*, 1, 33-124.
- Miller, D. A. F., McCluskey-Fawcett, K., & Irving, L. M. (1991). The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa. *Child Abuse and Neglect*, 17, 305-314.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative Experiences and Dissociative Disorders in Acute Psychiatric Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 355-361.
- Moura, E. (1947). *Anorexia Mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Narduzzi, K. J., Jackson, T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: a discriminant classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 699-710.
- Näring, G., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 982-988.
- Nijenhuis, E. (2000). Somatoform Dissociation: Major Symptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1 (4), 7-32.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck, R., Spinhoven, P., van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J., et al. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 511-520.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defense-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 1-10.
- Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 684-689.
- Nilsson, D. (2007). Trauma, posttraumatic stress and dissociation among Swedish adolescents. Evaluation of questionnaires. *Linköping University Medical Dissertations*, 979, 1-59.

- Olios, M., Todisco, P., & Bartocci, C. (1996). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Dissociation*, 9, 274-281.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation [Resumo]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, G., Anderson, D., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: a structured interview. *Dissociation*, 2, 169-189.
- Ross, C., Duffy, C., Ellason, J. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3 (1), 7-17.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 146-150.
- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation [Resumo]. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Santonastaso, P., Favaro, A., Olivotto, M. C., & Friederici, S. (1997). Dissociative experiences and eating disorders in a female college sample [Resumo]. *Psychopathology*, 30, 170-176.
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., et al. (1993). Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- Schmiedebach, H-P. (1999). Post-traumatic neurosis in nineteenth-century Germany: a disease in political, juridical and professional context. *History of Psychiatry*, 10, 27-57.
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of Dissociative Experiences in a Community Sample. Relationship to Gender, Ethnicity, and Substance Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 115-120.
- Seeley S., Perosa, S. & Perosa, L. (2004). A validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Child Abuse & Neglect*, 28, 755-769.
- Smyth, J., Heron, K., Wonderlich, S., Crosby, R. & Thompson, K. (2008). The Influence of Reported Trauma and Adverse Events on Eating Disturbance in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41:3, 195-202.
- Spiegel, D. & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 366-378.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H., Klauer, T., Stieglitz, R., Schneider, W., & Freyberger, H. (2006). Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (1), 51-62.
- SPSS Inc. (2004). Statistical Package for the Social Sciences (Windows Version 11.0.3). [Computer software and manual]. Acedido em 2008, Março 23, de <http://www.spss.com/>

- Strümpell, A. (1912). *A text-book of medicine for students and practitioners* (Vol. 2, pp. 616-643). Nova Iorque: D. Appleton. (Trabalho original em alemão publicado em 1884).
- Sydenham, T. (1774). *Dissertation en forme de lettre sur de nouvelles observations qui regardent le traitement de la petite Vérole confluent et sur l'affection hystérique*. In *Médecine pratique de Sydenham avec des notes*. Paris: Didot le Jeune. (Trabalho original em inglês publicado em 1682).
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5ª Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tellegen, A. & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargiç, I., Özpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Valdiserri, S., & Kihlstrom, J. (1995). Abnormal eating and dissociative experiences: a further study of college women [Resumo]. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 145-150.
- van der Hart, O., van Dijke, A., & van Son, M. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 33-65.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl), 83-93.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale. *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Vandereycken, W. & van Deth, R. (1990). A tribute to Lasegue's description of anorexia nervosa (1873), with completion of its English translation. *British Journal of Psychiatry*, 157, 902-908.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders*. Filadélfia: Brunner/Mazel.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q) [Resumo]. *Dissociation*, 4, 180-184.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Probst, M. (1995). Dissociative symptoms in eating disorders: a follow up study. *European Eating Disorders Review*, 3, 174-184.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-193.
- Vaz Serra, A., & Pio da Costa Abreu, J. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos: I.- Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. Coimbra Médica, XX623-644.
- von Ranson, K. M., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R., Matsunaga H. (1999). Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1703-1708.

- Waller, G., Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., et al. (2000). Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 81-98.
- Waller, G. (1992). Sexual Abuse and Bulimic Symptoms in Eating Disorders: Do Family Interaction and Self-Esteem Explain the Links? [Resumo]. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 235-240.
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 619-627.
- Waller, G., Ohanian V., Meyer, C., Everill, J., & Rouse, H. (2001). The utility of dimensional and categorical approaches to understanding dissociation in the eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 387-397.
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.
- Williams, K. E. (1990). Hysteria in seventeenth-century case records and unpublished manuscripts. *History of Psychiatry*, 1, 383-401.
- World Health Organization. (1994). *The ICD-10, The internacional classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: WHO.
- World Medical Association (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em Novembro, 20 de 2008 de <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>.